

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N°23

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification de Médecine Générale

par

Madame Stéphanie GROUÈS – LE COMTE

née le 26 octobre 1971 à Bagneux

Présentée et soutenue publiquement le 10 juin 2004

**ABUS SEXUELS COMMIS PAR LES ENFANTS MINEURS D'ASSISTANTES
MATERNELLES SUR LES ENFANTS ACCUEILLIS**

- A PROPOS DE 16 CAS -

**ÉBAUCHE D'UNE ACTION DE PREVENTION AUPRES DES ASSISTANTES
MATERNELLES DE LOIRE-ATLANTIQUE**

Président : Monsieur le Professeur Michel AMAR

Directeur de thèse : Madame le Docteur Agnès CARRIOU

A **Hippolyte**, pour sa joie de vivre et ses sourires.

Pour qu'il ne connaisse jamais les souffrances des enfants de cette thèse.

Merci pour ta patience, tu vas enfin retrouver ta maman !

Avec tout mon Amour.

Nous adressons tous nos remerciements et notre gratitude:

- A M. le Professeur Amar qui nous a fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci de nous avoir accordé votre écoute.

- A M. le Professeur Mouzard qui nous a fait l'honneur de siéger au jury de cette thèse.

- A M. le Professeur Lombrail qui nous a fait l'honneur de participer à ce jury.

- A M. le Professeur Roussey qui nous a fait l'honneur de siéger à cette thèse. Merci à vous pour la qualité de votre cours sur les abus sexuels et la maltraitance (suivi dans le cadre du DIU de médecine préventive pédiatrique) qui nous avait alors beaucoup sensibilisé à ce problème. Merci encore d'avoir accepté de venir spécialement de Rennes pour participer à ce jury.

- A M. le Docteur Picherot qui nous a fait l'honneur de siéger au jury de cette thèse et de nous apporter son expérience quotidienne.

- A Mme le Docteur Vernet qui nous a fait l'honneur de siéger au jury de cette thèse. Merci de nous avoir accordé votre confiance.

- A Mme le Docteur Carriou qui nous a fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci pour vos conseils, votre disponibilité, vos encouragements et votre gentillesse.

Nous remercions aussi :

- Mmes les Docteurs Helffer, Lardière et Tendron, médecins du service de PMI, qui nous ont apporté leurs conseils et leur soutien tout au long de notre travail.

- Mme de Villeblanche, rédacteur principal du service de PMI, qui nous a apporté son aide pour la consultation et la compréhension des dossiers.

- Les secrétaires des médecins de PMI, pour leur gentillesse, principalement Mme Kernéis, secrétaire de Mme Helffer, et Mme Gilbert, secrétaire de Mme Carriou, pour son aide précieuse dans la réalisation de notre questionnaire.

- Les personnels chargés de l'agrément et de la formation des assistantes maternelles, et ceux du service de la PMI que nous avons rencontrés pour ce travail.

- Mme Vallée, psychologue à la cellule maltraitance du Conseil Général, pour sa disponibilité et ses conseils précieux.

- Mme le Docteur Gétin-Horreard, pédopsychiatre, pour nous avoir reçu et conseillé.

- Mme Cailliau-Morinaux, documentaliste au centre de ressources Enfance Maltraitée du Conseil Général, pour sa gentillesse, sa disponibilité et le temps passé pour notre travail.

Je remercie encore chaleureusement :

- Lionel, pour sa disponibilité et ses « dépannages » informatiques.
Sans toi je n'aurais peut-être pas été au bout de ce travail.

- Mélanie, ma conseillère juridique. Merci pour ta gentillesse.

- Sophie, pour ses recherches internet.

- Gildas, pour ses aides informatiques quand Lionel n'était pas disponible.

- Marie-Laure, ma tante et marraine adorée, pour s'être si bien occupée de mon petit garçon.

- Et tous les membres de ma famille qui me soutiennent de là où ils sont.

J'adresse mes remerciements les plus tendres :

➤ A mes PARENTS.

Pour m'avoir soutenue avec bienveillance tout au long de mes études.

Merci aussi pour vos conseils avisés et vos lectures attentives et constructives depuis votre lit d'hôpital.

Que la patience et l'Amour de vos proches vous aident à surmonter cette épreuve.

Soyez heureux.

➤ A mes FRERES, Guillaume et Raphaël.

Que vos lointains voyages nous laissent le plaisir d'intenses retrouvailles.

Bonnes routes et soyez heureux.

➤ A ma SŒUR, Emilie.

Pour m'avoir aidée à faire la mise en page de cette thèse.

Que ton Amour des autres te porte encore loin.

Que ton retour d'Afrique et ta réadaptation soient les plus doux possibles. Bienvenue !

Bonne route et soit heureuse.

➤ A mon MARI, Xavier.

Merci pour m'avoir supporté tout au long de ce travail.

Merci de t'occuper si bien de notre fils.

Que l'avenir nous réserve encore de merveilleux jours.

Soit heureux.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE	15
I. INTRODUCTION	17
II. GENERALITES	20
A. LES ABUS SEXUELS	20
1. Définitions	21
a) Définition de l’OMS	21
b) Autres définitions	21
2. Classification des abus sexuels	22
a) Selon le type d’abus sexuels et le type d’abuseurs	22
b) Selon la gravité de l’acte et la nature des abus	23
3. Epidémiologie.	23
a) Sur le plan international	24
b) Sur le plan national	25
c) Conclusion	29
4. La révélation de l’abus	29
a) Selon qui en est l’auteur	29
b) Crédibilité de la parole de l’enfant et de l’adolescent	30
c) Les fausses allégations d’abus sexuels	32
5. Facteurs de risque et facteurs de protection	35
a) Facteurs de risque	35
b) Facteurs de protection	39
6. Signes cliniques évocateurs d’abus sexuel	40
a) Chez l’enfant de moins de 6 ans (âge préscolaire)	41
b) Chez l’enfant de 7 à 12 ans (âge scolaire)	42
c) Chez l’adolescent	43

7. Conséquences des abus sexuels	45
a) L'état de stress post-traumatique (« Post Traumatic Stress Disorder » PTSD)	45
b) Les conséquences à l'âge adulte	46
c) Le syndrome d'adaptation et les mécanismes de défense de l'enfant victime d'abus sexuel	47
d) La résilience	51
8. Les mineurs agresseurs sexuels	53
a) Caractéristiques cliniques et psychopathologiques des mineurs agresseurs sexuels	54
b) Facteurs de risque	60
c) Conclusion	63
B. LE DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	64
1. Les différents stades	65
a) Le stade oral – Le bébé au sein	66
b) Le stade anal	68
c) Le stade phallique	69
d) Le stade œdipien	71
e) La phase de latence	73
f) Le stade génital – L'adolescence	75
g) Conclusion	76
2. Les comportements sexuels selon les âges	77
3. Les déterminants d'une vie sexuelle saine	84
a) La curiosité	84
b) Le désir et le processus d'identification aux grands et aux adultes	84
c) Le défi face aux règles	85
d) L'affirmation d'une puissance ressentie en soi	85
e) L'angoisse et la culpabilité	86
f) La camaraderie ou l'amitié	86
g) Le plaisir et l'érotisme	86
4. L'éducation sexuelle	87
C. LES ASSISTANTES MATERNELLES AGREES A TITRE NON PERMANENT	91
1. Définition	91

2. Historique	91
3. Quelques chiffres	92
4. Le statut professionnel	93
a) Les différentes modalités d'accueil	94
➤ Les assistantes maternelles indépendantes	94
➤ La crèche familiale	94
b) Les Relais Assistantes Maternelles et les associations	94
➤ Les Relais Assistantes Maternelles	94
➤ Les associations d'assistantes maternelles	95
c) L'accès à la profession	96
➤ L'agrément	96
▪ Le caractère obligatoire de l'agrément	96
▪ Les dispenses d'agrément	97
▪ Les conditions d'agrément	98
▪ La demande	99
▪ L'instruction	99
▪ La décision	100
▪ La durée de l'agrément	100
▪ Modification, retrait et suspension	101
▪ La Commission Consultative Paritaire Départementale	101
➤ Une assurance en responsabilité civile	102
d) L'exercice de la profession	103
➤ Le contrat de travail	103
➤ Les conditions de travail	104
➤ La formation professionnelle	104
5. Le nouveau projet de loi relatif aux assistantes maternelles	106
D. ASPECT MEDICO-LEGAL DES ABUS SEXUELS	107
1. Le signalement	107
a) Définition	108
➤ L'information	108
➤ Le signalement	109
b) Qui peut et doit informer ou signaler ?	110
c) A qui et comment informer ou signaler ?	110
➤ L'information administrative	111
➤ L'information ou le signalement judiciaire	112

2. La procédure judiciaire	113
a) Le substitut du Procureur ordonne une action d'investigation	113
b) Les résultats de l'action d'investigation sont transmis au Parquet des mineurs	113
➤ Les mesures pénales	114
➤ Les mesures de protection	115
3. Les infractions à caractère sexuel définies par le nouveau code pénal	117
a) L'agression sexuelle	118
b) L'atteinte sexuelle	118
c) L'exhibition sexuelle	119
d) Le viol	119
4. Le suivi socio-judiciaire de l'abuseur	120
5. Le secret professionnel et l'obligation de signaler	121
a) Le secret professionnel	121
b) L'obligation de révéler certains faits	122
c) La non-assistance à personne en danger	126
III. ETUDE DES DOSSIERS	127
A. INTRODUCTION	127
B. DOSSIERS	130
1. Cas clinique 1	130
2. Cas clinique 2	132
3. Cas clinique 3	134
4. Cas clinique 4	138
5. Cas clinique 5	141
6. Cas clinique 6	145
7. Cas clinique 7	147
8. Cas clinique 8	149
9. Cas clinique 9	151
10. Cas clinique 10	154
11. Cas clinique 11	159
12. Cas clinique 12	164
13. Cas clinique 13	168
14. Cas clinique 14	172
15. Cas clinique 15	175

16. Cas clinique 16	177
C. DISCUSSION	180
1. Les enfants abusés	180
a) Leur âge	180
b) Leur sexe	180
c) Leur langage	180
d) La révélation de l'abus	180
e) Le type d'abus	181
f) Les troubles du comportement	181
2. Les mineurs abuseurs	183
a) Leur âge	183
b) Leur sexe	183
c) L'écart d'âge avec l'enfant abusé	184
d) La reconnaissance des faits	184
e) Les caractéristiques cliniques	184
➤ Père absent	185
➤ Alcool et violence	185
➤ La place dans la fratrie	186
➤ Les antécédents	186
➤ Le traumatisme antérieur	187
➤ Le trouble des conduites et les antécédents judiciaires	187
➤ L'immaturation	188
➤ Les troubles du comportement (l'instabilité, l'agressivité, l'impulsivité et l'inhibition)	189
➤ Les troubles de l'humeur	189
➤ La conscience de la gravité de leur acte	190
➤ La culpabilité	191
➤ Les connaissances sur la sexualité	191
➤ Les pulsions sexuelles	191
f) L'avis des psychiatres	192
3. Les assistantes maternelles	193
a) Leur âge	193
b) Leur niveau d'études	193
c) L'agrément à titre non permanent	194
d) La formation professionnelle	195

e) L'abord de la sexualité	195
f) Les fautes professionnelles	195
g) L'avenir de leur agrément	196
4. Les suites judiciaires	197
5. Conclusion	197
IV. ENQUETE AUPRES DES ASSISTANTES MATERNELLES	199
A. PROTOCOLE DE L'ENQUETE	199
1. Le contexte	199
2. Les objectifs	199
3. Méthode utilisée	200
a) La demi-journée de formation initiale	200
b) La formation obligatoire des assistantes maternelles agréées à titre non permanent	202
4. Ressources	203
B. RESULTATS DE L'ENQUETE	204
1. Quelques chiffres	204
2. Présentation des résultats	205
a) L'identité de l'assistante maternelle	206
b) La place de leurs enfants auprès des enfants accueillis	212
c) Les connaissances des assistantes maternelles sur le développement psychosexuel de l'enfant	222
d) L'abord de la sexualité dans la famille de l'assistante maternelle	231
e) La place de la pudeur et de l'intimité	241
f) Les gestes de maternage	247
g) Les abus sexuels entre mineurs	252
h) La formation	261
i) Leurs attitudes professionnelles	262
j) Leurs commentaires	264
V. DISCUSSION	267
A. LES LIMITES DE NOTRE ENQUETE	267
B. LES FACTEURS DE RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION	268
1. Le niveau d'études	268
2. La place des enfants de plus de 12 ans auprès des enfants accueillis	268

a) Pour les jeux	268
b) Pour les repas	269
c) Pour les changes et la toilette	269
d) Pour la prise sur les genoux	269
e) Analyse	269
3. Les connaissances sur le développement psychosexuel de l'enfant	270
a) L'âge à partir duquel un enfant est conscient de son sexe	270
b) Les jeux sexuels	270
c) La masturbation	270
d) Analyse	271
4. L'abord de la sexualité en famille	271
a) Pour les assistantes maternelles	271
b) Pour leurs conjoints	272
c) Les livres pour enfants sur la sexualité	272
d) Pour obtenir des renseignements	272
e) Analyse	272
5. Le respect de la pudeur et de l'intimité	274
a) L'âge à partir duquel un enfant manifeste de la pudeur	274
b) La gêne d'un enfant par certains programmes télévisés	274
c) La gêne d'un enfant par la vue d'un adulte nu	275
d) L'intimité des enfants accueillis	275
e) L'intimité au sein de la famille de l'assistante maternelle	275
f) Analyse	275
6. Les gestes de maternage	276
a) Pour laver, changer ou porter un enfant accueilli	276
b) Pour embrasser un enfant accueilli	276
c) Analyse	276
7. Les abus sexuels entre mineurs	277
a) La connaissance des abus sexuels entre mineurs	277
b) La connaissance des FDR d'être un jeune abuseur sexuel	277
c) Analyse	278
8. La formation	279
9. Les attitudes professionnelles	279
10. Les commentaires	279

C. SYNTHESE	280
1. Les facteurs de protection	280
2. Les facteurs de risque	281
VI. PREVENTION	283
A. PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ENQUETE A L'EQUIPE DE FORMATEURS DES ASSISTANTES MATERNELLES	283
B. MISE EN ROUTE D'UNE ACTION DE PREVENTION AU SEIN DU PROGRAMME DE FORMATION	284
1. Le contenu	284
2. La forme	285
C. PROPOSITIONS PERSONNELLES	286
1. Par rapport à la formation des assistantes maternelles	286
2. Par rapport à l'agrément	288
3. Par rapport aux parents des enfants accueillis	289
D. EN CONCLUSION	290
VII. CONCLUSION	292
ANNEXES	295
▪ Annexe 1 : Evolution du nombre de dossiers d'agrément d'assistant(e)s maternel(le)s en Loire-Atlantique	296
▪ Annexe 2 : Certificat médical à joindre avec la demande d'agrément d'assistant(e) maternel(le)	297
▪ Annexe 3 : Circuit administratif du signalement d'un enfant en danger	298
▪ Annexe 4 : Circuit judiciaire du signalement d'un enfant en danger	299
▪ Annexe 5 : La procédure pénale	300
▪ Annexe 6 : Lettre accompagnant le questionnaire et présentant notre projet	301
▪ Annexe 7 : Questionnaire anonyme adressé aux assistantes maternelles agréées à titre non permanent, incluses dans notre étude	302
BIBLIOGRAPHIE	309

GLOSSAIRE

AEMO :	Action Educative en Milieu Ouvert
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
ATA :	Arrêt Temporaire d'Activité
BAC :	Baccalauréat
BAFA :	Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur
BEP :	Brevet d'Etudes Professionnelles
BEPC :	Brevet d'Etudes du Premier Cycle
BTS :	Brevet de Technicien Supérieur
CAE :	Centre d'Action Educative
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CCPD :	Commission Consultative Paritaire Départementale
CEP :	Certificat d'Etudes Primaires
CG :	Conseil Général
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CM2 :	Cours Moyen 2 ^{ème} année
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMS :	Centre Médico-Social
CP :	Code Pénal
DRASS :	Direction Régionale des Actions Sanitaires et Sociales
FDP :	Facteur De Protection
FDR :	Facteur De Risque
FFP :	Fédération Française de Psychiatrie

IOE :	Mesure d'Investigation et d'Orientation Educative
ISF :	Intervenante Sociale et Familiale
JAP :	Juge d'Application des Peines
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
ODAS :	Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée
OMO :	Observation en Milieu Ouvert
OPP :	Ordonnance de Placement Provisoire
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
RAM :	Relais Assistantes Maternelles
SEGPA :	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SIDA :	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
TGI :	Tribunal de Grande Instance
TOC :	Trouble Obsessionnel Compulsif
TPE :	Tribunal Pour Enfants
TS :	Travailleur Social

I. INTRODUCTION

En 1860, A. Tardieu, professeur de médecine légale, fut l'un des premiers à révéler et à s'élever contre les abus sexuels commis sur des enfants. S'ensuivit plus d'un siècle de silence et de déni. Ce n'est que depuis les années 1980, que la profession médicale s'intéresse à nouveau à ce grave problème, et que, suite à des histoires sordides de pédophilie, la presse s'est emparée de la question pour la révéler au grand public. Depuis, les pouvoirs publics organisent régulièrement des campagnes de prévention pour sensibiliser la population.

Avec les abus sexuels commis par des adultes sur des enfants, nous touchons à « l'innommable » et à « l'abominable ». Ces actes traduisent la perversité des adultes. Tandis que pour la plupart des personnes, les abus sexuels d'enfants commis par des mineurs, parce qu'ils sont nettement moins médiatisés, sont simplement « impensables » et « inimaginables ». De plus, ils renvoient à la sexualité des enfants et des jeunes adolescents qui est le plus souvent méconnue ou niée. Par ailleurs, pour beaucoup d'adultes, l'enfant, n'est capable que de jeux et non d'abus.

Pour une partie de la population, les abus sexuels d'enfants commis par des mineurs apparaissent moins graves que ceux perpétrés par des adultes. Nous verrons qu'il n'en est rien.

Ce n'est que depuis quelques années, que la profession médicale s'intéresse et s'interroge sur ces abus sexuels entre mineurs. Quels sont les déterminants qui peuvent amener un adolescent à commettre de tels actes sur un enfant plus jeune ? Les médecins et les psychologues de nombreux pays cherchent des réponses. Pour autant, les médias ne se sont pas encore emparés de ce problème très fréquent ; en effet, **30 à 50%** des agressions sexuelles commises sur des enfants, le sont par des adolescents. Les journalistes préfèrent mettre en avant des drames pédophiles commis par des inconnus, alors qu'ils ne représentent qu'une minorité des abus sexuels d'enfants (1/3 des abuseurs sont des inconnus).

Tous les milieux et toutes les professions sont concernées par les abus sexuels, mais plus particulièrement les professions touchant à l'enfance et à la petite enfance.

C'est dans ce cadre professionnel, que le problème des abus sexuels se pose aux assistantes maternelles.

Depuis 10 ans, le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Loire-Atlantique a été confronté à 16 cas de suspicions d'abus sexuels commis par des enfants mineurs d'assistantes maternelles agréées à titre non permanent sur des enfants accueillis. Ramené à la totalité des assistantes maternelles agréées du département (12 319 au 1^{er} janvier 2004), ce nombre peut paraître dérisoire.

Mais si nous prenons en compte les traumatismes subis par les enfants abusés et leur famille, les enfants abuseurs, les assistantes maternelles et leur famille, cela devient un réel souci de santé publique.

C'est dans cet état d'esprit que nous avons souhaité interroger les assistantes maternelles afin de faire, dans un premier temps, un état des lieux de leurs connaissances sur leurs responsabilités par rapport aux enfants accueillis et la place de leurs propres enfants dans ce contexte de travail à domicile, sur le développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent, sur les abus sexuels ; mais aussi, afin de connaître leurs habitudes professionnelles et familiales par rapport à l'intimité, la pudeur, les gestes de maternage et la sexualité.

L'objectif secondaire de notre travail étant de mettre en place une action de prévention des abus sexuels auprès des assistantes maternelles du département, nous avons enquêté, par questionnaire anonyme auto-administré, auprès de 190 d'entre elles et avons obtenu un taux de réponses de 67%.

A l'issue de cette enquête, nous avons présenté nos résultats à l'équipe de formateurs, afin qu'ils prennent conscience des problèmes et, qu'en conséquence, ils adaptent la formation des assistantes maternelles.

Dans une première partie, nous rappellerons quelques généralités sur les abus sexuels ainsi que sur les mineurs agresseurs sexuels. Puis nous étudierons le développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent. Nous aborderons ensuite les caractéristiques de la profession d'assistante maternelle agréée à titre non permanent, pour terminer par un rappel sur l'aspect médico-légal des abus sexuels.

Dans une deuxième partie, nous présenterons, puis analyserons, les 16 cas cliniques auxquels le service de PMI a été confronté depuis 10 ans.

La troisième partie sera consacrée à la présentation de notre enquête et de ses résultats. Nous les commenterons en quatrième partie.

Enfin dans le dernier chapitre, nous exposerons l'ébauche d'une action de prévention des abus sexuels entre mineurs auprès des assistantes maternelles de Loire-atlantique, avant d'ouvrir d'autres pistes pour cette prévention.

II. GENERALITES

A. LES ABUS SEXUELS

Les abus sexuels « ça existe, c'est grave, c'est interdit par la Loi et cela peut se prévenir ». Tel était le slogan de la première campagne nationale de prévention des abus sexuels lancée par les pouvoirs publics en 1987 [35].

L'expression "abus sexuel" (de l'anglais "sexual abuse") a été retenue officiellement en France par les différents auteurs, dans son sens "de mauvais usage et d'usage excessif et transgressif" exercé sur autrui.

Il a été préféré à "séviçes sexuels", terme du Code pénal, ou à "violence sexuelle" qui exclut les abus très nombreux commis sans violence, ou encore "exploitation sexuelle" qui connote plutôt la pornographie ou la prostitution des enfants.

Le terme d'abus, contient également les notions de puissance : abus de pouvoir et de ruse ; abus de confiance, c'est-à-dire des notions où l'intention et la préméditation sont présentes.

L'abus sexuel suppose un dysfonctionnement à trois niveaux, qui peuvent être associés ou non :

- le pouvoir exercé par un grand (fort) sur un petit (faible) ;
- la confiance accordée par un petit (dépendant) à un plus grand (protecteur) ;
- l'usage délinquant de la sexualité, c'est-à-dire l'atteinte au droit de propriété de tout individu sur son corps.

Cependant l'abus sexuel doit, préalablement à sa définition, être clairement situé dans le cadre de la **maltraitance** faite aux enfants, qui se rapporte à la fois à l'atteinte corporelle mais aussi à la souffrance psychologique et morale.

Selon M. Gabel, « la maltraitance recouvre tout ce qui concourt à l'aliénation et à la souffrance d'une personne du fait d'une autre » [35].

1. Définitions

a) Définition de l’OMS

« L’exploitation sexuelle d’un enfant implique que celui-ci est victime d’un adulte ou d’une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrages à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs ».

b) Autres définitions

- Définition du Pr. Kempe (pédiatre), 1962 :

« L’abus sexuel se définit comme la participation d’un enfant ou d’un adolescent mineur à des activités sexuelles qu’il n’est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psychosexuel, qu’il subit sous la contrainte, par violence ou séduction, ou qui transgressent les tabous sociaux » [35]. Cette définition a été reprise par Krugman et Jones en 1998 [89].

- Définition d’Albert Crivillé (psychanalyste), 1988 :

« Est abus sexuel toute intrusion de l’adulte dans la sexualité de l’enfant, qu’elle soit brutale ou sans violence, ou avec la visée d’une éducation libre de tous tabous encombrants, par des actes ou des paroles qui véhiculent et imposent la sexualité de l’adulte » [81].

- Définition de Michèle Rouyer (pédopsychiatre) :

« Les abus sexuels incluent toutes les formes d’inceste, la pédophilie, les attentats à la pudeur, l’utilisation des enfants à des fins pornographiques et la prostitution infantile, c’est-à-dire toutes formes de relations sexuelles hétéro ou homosexuelles non

seulement lorsqu'il y a accouplement mais en cas de contact orogénital, anal, de masturbations, toutes conduites impliquant une proximité corporelle excessive érotisée, à chaque fois que le voyeurisme, l'exhibitionnisme sont imposés à l'enfant » [37].

2. Classification des abus sexuels

Compte tenu de la grande variété possible des situations d'abus sexuels, il nous semble intéressant d'utiliser un cadre de référence pour les classer, afin d'aider à une meilleure compréhension du vécu des faits par l'enfant.

Les auteurs décrivent deux types de classification selon le type d'abus sexuel et le type d'abuseur, et selon la gravité de l'acte et la nature des abus.

a) Selon le type d'abus sexuels et le type d'abuseurs

Il faut faire la distinction entre :

- Les abus extrafamiliaux (pédophilie):
Dans ce cas, l'abuseur est soit un proche de la victime (ami de la famille, gardien, voisin, connaissance lointaine), soit un inconnu.
- Les abus intrafamiliaux (inceste) :
L'abuseur peut alors être un parent, un frère ou une sœur, un parent de la famille reconstituée (beau-père surtout), un parent proche (grand-père, oncle, cousin...), un membre d'une famille d'accueil.

Concernant notre travail, où les petits enfants accueillis sont abusés par les enfants mineurs de leurs assistantes maternelles, nous nous situons à la frontière entre ces deux catégories. Nous sommes à la fois dans l'abus extra-familial, et de par l'intimité et l'affectivité qui existe entre les enfants, nous touchons à l'incestuel.

b) Selon la gravité de l'acte et la nature des abus

Il existe trois types d'abus [37] :

- Les abus de la sphère sensorielle, du domaine de l'excitation :

Ce sont : les appels téléphoniques, l'exhibitionnisme public ou privé, les images pornographiques (prise de vue, visionnage), conversations salaces en présence des enfants, les propositions de relations sexuelles aux enfants.

- Les abus du stade de la stimulation :

Ce sont : les contacts érotiques ou pornographiques, les baisers, les caresses, la masturbation de l'agresseur, les contacts génitaux incomplets, tous les attouchements.

- Les abus du stade de la réalisation :

Toutes tentatives de viols ou viols avec pénétration anale, vaginale ou orale, à l'aide du sexe de l'agresseur ou de n'importe quel objet, rentrent dans cette catégorie.

3. Epidémiologie

Selon le rapport trimestriel de l'Observatoire National De l'Action Sociale décentralisée (ODAS) du 15 octobre 2003 [77], la maltraitance des enfants, de façon globale, semble se stabiliser. La France est passée de 19.000 enfants maltraités en 1998 à 18.500 en 2002. Néanmoins, l'évolution est différente suivant le type de maltraitance. En effet, les violences physiques et les négligences lourdes ont diminuées, entre 1998 et 2002. Cette diminution peut être attribuée aux campagnes de sensibilisation qui se sont multipliées ces dernières années. Par contre, pendant la même période, les violences psychologiques sont passées de 1.700 à 2.000, et les abus sexuels de 5.000 à 5.900, soit une augmentation de **18%**. En conséquence, même si l'augmentation des abus sexuels est probablement liée au fait qu'on les repère mieux aujourd'hui, ils deviennent la première des formes de maltraitance et correspondent à **1/3** des enfants maltraités.

Depuis 17 ans, les pouvoirs publics ont une volonté réelle de sensibiliser la population aux problèmes des abus sexuels, et lancent régulièrement de nouvelles campagnes de prévention. La littérature française s'est, elle aussi, enrichie à partir, tout d'abord, des recherches et pratiques professionnelles à l'étranger.

Les différents chiffres qui ressortent de ces études peuvent varier dans des proportions extrêmes. Ces variations dépendent de la méthodologie et des définitions prises en compte dans les différentes études. De plus, le recueil des données peut se montrer difficile et la qualité des réponses, fournies par les personnes interrogées, peut être affectée par la labilité de la mémoire, la reconstruction des faits et, éventuellement, le déni des évènements traumatisants.

Aussi, la comparaison des différentes études est difficile, voire impossible statistiquement, du fait de ces variations méthodologiques.

Selon les études et les définitions des abus sexuels utilisées, les taux de prévalence d'abus sexuels dans l'enfance et l'adolescence varient de 7 à 36% pour les femmes et de 3 à 29% pour les hommes [49].

D'une façon générale, ce qui semble pouvoir être retenu, c'est **qu'une fille sur quatre et un garçon sur huit seront victimes d'abus sexuels avant l'âge de 18 ans** [37].

a) Sur le plan international

L'étude de Genève [49] [67]:

Elle a été réalisée entre 1994 et 1995 sur un échantillon de 1193 élèves de 9^{ème} de Genève (ils avaient entre 13 et 17 ans). Un questionnaire anonyme, portant sur les antécédents d'abus sexuels, leur a été distribué en classe. Parmi les adolescents sélectionnés, seuls 63 n'ont pas répondu.

Les conclusions étaient les suivantes :

- 34% des filles et 11% des garçons avaient été victimes d'abus sexuel.
Les filles ont rapporté des abus sexuels avec contact physique 6 fois plus fréquemment que les garçons.
Il y a eu plus de récurrences pour les abus sexuels avec contact physique que pour ceux sans contact.
La moitié des abus ont eu lieu avant 12 ans.
L'abus a été unique pour 60% des filles et 66% des garçons.

- L'abuseur était connu de la victime dans 62% des cas. Pour 20% des filles et 6% des garçons, il s'agissait d'un membre de la famille. Pour 39% des filles et 65% des garçons, l'abuseur était connu mais ne faisait pas partie de la famille.
Les abus sexuels sans contact (dont l'exhibitionnisme) étaient le plus souvent le fait d'inconnu.
Pour 2% des filles et 30% des garçons, l'abuseur était une femme.
Pour 13% des filles et 7% des garçons, l'abuseur avait moins de 5 ans de plus que la victime.

- 64% des filles et 42% des garçons avaient déjà révélé l'abus avant l'enquête.

b) Sur le plan national

3 études rétrospectives avec questionnaire auto-administré ont été réalisées [10].

Il s'agit de :

- L'enquête réalisée pour le Projet Régional d'Observation des Maladies Sexuellement Transmissibles (PROMST), en avril-mai 1989, auprès d'un échantillon de 1511 personnes, représentatif de la population des 18-59 ans de la région Rhône-Alpes.
- L'enquête réalisée par le Centre de Recherche sur l'Enfance et l'Adolescence (CREA), en mai-juin 1988, auprès d'un échantillon représentatif de 1000 étudiants de 1^{er} et 2^{ème} année de DEUG de la région parisienne.

- L'enquête réalisée par le Centre interuniversitaire de médecine préventive de Grenoble et le CIDSP en mai 1989, auprès de 720 étudiants de 2^{ème} année de DEUG.

5 questions ont été élaborées par le groupe de recherche sur les abus sexuels (enquête Rhône-Alpes) :

- Avant 18 ans, avez-vous subi un ou plusieurs abus sexuels ?
- Quelle était la nature de cet ou de ces abus ?
- Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi le premier abus ?
- Quelles sont les personnes qui ont abusé de vous ?
- Après cet événement, en avez-vous parlé, y a-t-il eu intervention ?

Les résultats étaient les suivants :

Nous présenterons ici une comparaison des résultats des trois enquêtes.

- Les abus sur les mineurs :

Dans la région Rhône-Alpes, 6% des personnes interrogées déclaraient avoir subi au moins un abus sexuel avant 18 ans, dont 8% des femmes et 5% des hommes.

Les deux enquêtes étudiantes confirmaient ces résultats. Dans l'enquête parisienne, 8% des femmes et 7% des hommes interrogés affirmaient avoir subi au moins un abus sexuel. Dans l'enquête grenobloise, les résultats étaient de plus de 11% des femmes et 9% des hommes.

« De tels résultats mettent en évidence qu'il s'agit d'une réalité sociale significative, qui justifie à elle seule l'effort de prévention » [10].

Un tiers des personnes interrogées déclaraient avoir subi des abus plusieurs fois, et surtout les femmes (42% des femmes pour 18% des hommes).

Ces résultats concordent avec d'autres études et montrent que les filles sont davantage victimes d'abus à répétition et notamment d'abus intra-familiaux.

- La nature des abus :

6 catégories d'actes étaient proposées. Les auteurs de l'enquête les ont classées en deux types :

- Type A : il correspondait aux actes agressant la sphère sensorielle du mineur (1 : conversations ou appels téléphoniques obscènes ; 2 : présentations forcées d'images pornographiques ; 3 : exhibitions d'organes sexuels d'adultes).
- Type B : il correspondait aux actes utilisant le corps de l'enfant (4 : attouchements sexuels ou masturbation forcée ; 5 : participation à des scènes pornographiques ; 6 : relations sexuelles (vaginales, anales ou buccales) imposées).

Les trois enquêtes montraient que les deux types d'abus étaient cités en nombre sensiblement égal (48,5% de type A et 51,5% de type B). Mais on observait une différence dans la répartition selon les sexes ; les hommes avaient plutôt signalé des actes de type B (61%) que de type A (39%), en revanche, les femmes avaient déclaré les deux types de façon très proche (53% pour le type A et 47% pour le type B).

Sur les personnes ayant répondu, 2/3 déclaraient avoir subi un abus de type B. La proportion était identique pour les hommes et pour les femmes.

Ces résultats à priori discordants, s'expliquent par le fait que toutes les personnes exposées à un abus de type A ne l'ont pas vécu comme un abus, mais « comme une situation plus banale d'exposition à un fait plus commun » [10].

- L'âge au premier abus :

Selon les trois études, entre 53 et 57% des premiers abus ont eu lieu entre 10 et 16 ans.

La moitié des premiers abus étaient perpétrés avant 12 ans chez les garçons et avant 11 ans chez les filles.

L'ensemble des études de prévalence montre que l'âge où l'enfant est le plus « à risque » est entre 9 et 12 ans.

Cependant, comme le faisait remarquer Montes de Oca (1990), il est possible que les personnes interrogées ne se souvenaient pas des abus à des âges plus jeunes. Les études cliniques semblent prouver cette hypothèse. En effet, dans ce type d'études, 1/4 des abus surviennent avant l'âge de 8 ans. Et, selon Mian et al., 33% des enfants adressés à l'hôpital pour abus sexuels ont moins de 6 ans [10].

« Ceci met en évidence que l'information et la prévention doivent commencer tôt chez les enfants, et qu'elles doivent se prolonger en s'adaptant, et de façon continue jusqu'à l'âge de 18 ans » [10].

- Les auteurs des abus :

1/3 des abuseurs étaient des inconnus.

2/3 étaient des personnes connues des mineurs victimes, et 17% appartenaient au cercle familial.

L'abuseur était pratiquement toujours un homme.

- La révélation de l'abus :

Dans l'enquête Rhône-Alpes, moins de 40% des personnes interrogées affirmaient en avoir parlé au moment des faits. Dans moins de 10% des cas, une autorité médico-sociale, policière ou judiciaire était intervenue.

« Favoriser et inciter à la révélation permet :

- de prendre en considération la parole de l'enfant ;
- d'envisager les prises en charges sociales, psychologiques et médicales ;
- de reconnaître et désigner l'abuseur comme fautif et responsable.

Tout ceci peut avoir un effet thérapeutique de déculpabilisation et de réhabilitation pour la victime » [10].

c) Conclusion

Ces différentes enquêtes, internationales (nous ne les avons pas toutes détaillées ici) et nationales, apportent des éléments de réponse, mais présentent des biais méthodologiques. Etant toutes rétrospectives, la réalité des faits peut avoir été modifiée par des défaillances de mémoire des personnes interrogées, par leur déni d'évènements douloureux ou à l'inverse des reconstructions de faits.

Il semble tout de même, pour les différents auteurs, que la réalité du phénomène soit bien supérieure aux résultats obtenus.

Néanmoins, ces enquêtes ont le mérite de montrer l'ampleur du phénomène, qui touche toutes les classes socio-économiques, et la nécessité d'une prévention.

4. La révélation de l'abus

a) Selon qui en est l'auteur

Il existe trois situations de révélation différentes :

- L'enfant révèle spontanément l'abus à une personne de confiance.
La soudaineté des révélations caractérise le plus souvent le témoignage d'enfants victimes directes, par hasard, d'un agresseur inconnu (exhibitionnisme notamment), ou d'enfants témoins d'abus perpétrés sur un camarade par un abuseur inconnu [2].
Dans ces cas où le dévoilement est spontané, les études montrent que l'enfant ne ment que rarement. Le taux de fausses allégations se situe, selon les études, entre **1 et 3%** [90] [76].
- L'enfant révèle l'abus suite à l'interpellation d'un adulte.
Un adulte proche, un membre de la famille ou un professionnel s'inquiète devant certains symptômes ou paroles de l'enfant et l'incite à parler. Dans ces cas là, la révélation est, le plus souvent, partielle et progressive.

Dans ces deux premières situations, J-Y Hayez cite [44], en s'appuyant sur la littérature et la clinique, qu'il y aurait au maximum entre **3 et 8%** de fausses allégations par mensonges, ou fabulations, totaux ou sous la forme d'amplifications des faits.

Certains enfants avouant avoir été abusés, tentent même, à contrario, de minimiser l'intensité et la fréquence de l'abus. Selon H. Van Gijsegheem, il y aurait davantage de fausses négations que de fausses allégations [90].

- La révélation est faite par un adulte affectivement proche de l'enfant, « dont on a l'impression qu'il s'est "emparé" de la révélation et qu'il en fait bien plus son affaire que l'enfant lui-même » [44]. C'est souvent le cas dans les situations de séparation parentale.

Selon J-Y Hayez [44], la probabilité d'énonciation fausse, dans ces cas là, varie de **35 à 60%**.

b) Crédibilité de la parole de l'enfant et de l'adolescent

- Dans le cas d'un enfant

Comme nous venons de le voir, un enfant, dès 2 ans, peut raconter un abus sexuel directement et clairement ; et ce, « avec toute la simplicité liée à son âge et en fonction de sa capacité langagière » [19].

Mais, surtout chez les petits, l'enfant peut révéler un abus de façon fortuite, lors de reproduction de "jeux" appris ou à l'occasion de confidences pendant les soins.

Quand l'enfant ne parle pas spontanément mais que l'adulte nourrit des inquiétudes à son propos et l'interpelle, l'évaluation de la situation peut être délicate.

L'analyse du discours de l'enfant est donc primordiale pour le diagnostic, d'autant plus que l'examen clinique physique est dans plus de 50% des cas totalement négatif, et dans la majorité des autres situations, les signes physiques ne seront que des indicateurs de suspicion. Selon P. Bensussan, la preuve d'un viol (défloration, présence de sperme...) n'est obtenue que dans 1 cas pour 1000 [38] !

Les entretiens diagnostics doivent donc être les plus précis possible, mais aussi les moins suggestifs possibles, surtout avec les enfants très petits. En effet, plus l'enfant

est jeune et/ou fragile plus il est suggestible, et plus « il fait siennes les paroles émises par autrui, confirmant leur contenu » [19].

Par ailleurs, plus l'enfant est jeune, plus il ne retient que l'action centrale de l'événement en omettant des éléments périphériques. De même, plus il est jeune et plus la remémoration se fait consécutivement à un stimulus évocateur. Il s'agit donc, en raison du risque élevé de suggestibilité, d'être prudent quant aux évocations symbolisées [19] [17].

J-Y Hayez [18] rappelle aussi, toujours à propos des « enfants très jeunes (fonctionnement intellectuel préopératoire), qu'ils peuvent se tromper (erreur d'interprétation des faits ou d'interprétation de leurs perceptions), le plus souvent à propos des intentions d'autrui, plus que de la matérialité de ce qui s'est passé. D'autre part, plus l'enfant est jeune, plus le risque qu'il fabule est présent ; il confond alors le réel externe avec les productions de son imagination... ou avec les mensonges ou débordements imaginaires d'un tiers qui fait pression sur lui ».

Il rajoute que dans ces situations, la probabilité de fausses allégations ne s'élève qu'à 10 ou 15% [44].

J-Y Hayez note [18] que l'enfant peut mentir en connaissance de cause : innocemment, pour jouer, pour prendre de l'importance (certains tout-petits... ou de jeunes adolescents), ou intentionnellement, spontanément ou sous la pression d'un tiers, « pour abattre un adulte haï ou pour en protéger un autre ».

« Les mensonges intentionnels, dits aussi actifs ne dépassent pas 1% des allégations chez les enfants avant l'âge de 10 ans ; à partir de 10-11 ans, on peut s'attendre à une augmentation graduelle : au début de l'adolescence, ils sont mieux élaborés et trouvent aussi leur source dans la vantardise, le besoin de prendre une place exceptionnelle, sans négliger un certain rôle de contagion ».

La fiabilité des révélations est perçue par le maintien dans la durée de la version des faits, sans complications, ni ajouts excessifs et permanents de nouveaux éléments selon les entretiens ou les intervenants. Il faut néanmoins veiller à ne pas trop multiplier les interrogateurs, ni les interrogatoires qui obligent l'enfant à raconter toujours « la même chose », peuvent le traumatiser et le bloquer, voire même dans certains cas, l'invite à changer son discours parce qu'il a l'impression de ne pas être cru. Dans des cas extrêmes, l'enfant peut même se rétracter.

- Dans le cas d'un adolescent

J-Y Hayez affirme aussi [44], que la probabilité de fausses allégations chez des adolescents, peut s'élever à 10 ou 15% dans 3 situations :

- Certains grands enfants ou jeunes adolescents, passant par une phase de négativisme, de haine, de destruction, « ne font pas de quartier à l'autre quant aux moyens d'agression et/ou de vengeance qu'ils utilisent ». C'est une éventualité très rare et l'organisation psychopathique momentanée de ces jeunes a souvent déjà été repérée.
- Certaines jeunes adolescentes peu structurées et carencées affectivement, dont la fantasmatisation sentimentale et érotique peut être débordante à cette époque de leur vie, parce qu'elles ont un fort besoin d'être aimées (sur un mode prégénital maternel-fusionnel, et/ou dans le cadre de leurs désirs œdipiens), ou parce qu'elles ont peur et se sentent coupables de leurs désirs, peuvent, pour s'en protéger, les projeter sur l'adulte et l'accuser d'en avoir provoqué la réalisation.

Ces accusations se voient notamment dans le contexte de placements institutionnels ou dans celui de la séparation des parents.

Il faut néanmoins être attentif à ces situations, car dans de nombreux cas, on découvre qu'elles ont été vraiment abusées, dans leur enfance, par un autre que celui qu'elles accusent aujourd'hui.

- La distinction entre le réel externe et l'imaginaire n'est pas toujours facile non plus chez certains enfants (pré)psychotiques ou arriérés mentaux habituellement imaginatifs. Néanmoins, il ne faut pas se mettre à suspecter directement ces enfants déjà très fragiles.

c) Les fausses allégations d'abus sexuels

Depuis quelques années, la population s'est considérablement sensibilisée à la question de l'abus sexuel de l'enfant. De ce fait, un nombre sans cesse croissant de cas d'abus ont été rapportés, ce qui a eu pour effet d'augmenter les poursuites contre

les présumés abuseurs et, par conséquent, les témoignages d'enfants, victimes ou témoins d'abus [90].

En 1997, le Bulletin officiel du ministère de l'Education nationale [11] déclarait : « A une trop longue période de dénégation de la pédophilie ne doit pas, pour autant, se substituer l'ère du soupçon... ». Ce document mettait l'accent sur la nécessité, pour toute la communauté scolaire, de redoubler de vigilance, « en ayant le souci de la protection de l'enfant et celui de la présomption d'innocence qui s'attache à la personne mise en cause... ». Car en effet, beaucoup d'interlocuteurs (même des professionnels) témoins de révélations d'abus d'enfants, de peur de passer à côté de vrais abus sexuels, les signalent directement à la justice sans prendre le temps de faire une évaluation de la situation. Dans le cas de fausses allégations, cette attitude précipitée peut avoir des conséquences dramatiques pour tous les protagonistes.

P. Bensussan note [4], que cette peur n'épargne ni les juges, ni les médecins, ni les experts, dont le souci légitime est de ne pas passer à côté de vrais abus. Pour un magistrat qu'il cite, « **l'allégation d'inceste constitue un véritable piège** : dès qu'une affaire de ce genre arrive sur le bureau du juge, les dégâts sont inévitables, que l'abus soit avéré, fantasmé ou fabriqué ».

Comme nous l'avons dit précédemment, P. Bensussan rappelle [4], « qu'en dehors de toute suggestion émanant d'un adulte proche, les mensonges et les fabulations, totaux ou sous la forme d'amplifications des faits, ne dépassent pas 3 à 8% des cas. Ce chiffre s'accroît néanmoins considérablement dans le cas précis d'une « révélation » amenée par un parent dans les litiges liés à la séparation du couple : 30 à 60% selon les auteurs ».

En effet, la lucidité de certains parents peut être affectée dans le contexte de divorces particulièrement conflictuels, souvent marqués par un affrontement autour de la garde des enfants. La suspicion d'abus sexuels sur l'enfant est alors un risque majeur.

Toutefois, il s'agit dans la presque totalité des cas, non pas d'un mensonge de l'enfant, mais « d'un processus progressif de contamination de son récit à partir des interrogatoires suggestifs d'une mère de bonne foi mais aux prises avec une sollicitude anxieuse » [90].

P. Bensussan [4] [3], a en effet constaté la multiplication des affaires d'abus sexuels « fantasmés », mettant en cause des parents, plus généralement des pères.

Parmi ces fausses allégations, dans les cas de divorces, il distingue la fausse allégation de l'accusation mensongère. La première, la plus fréquente, repose sur une croyance sincère mais erronée. La seconde, heureusement minoritaire, relève de la dénonciation calomnieuse ; il s'agit d'un délit puni par la justice.

D'après P. Bensussan [4] [3] [38], « **la fausse allégation comme l'accusation mensongère engendrent des dégâts considérables chez tous les protagonistes. De fait, si difficile à croire que cela puisse paraître, leurs conséquences sont équivalentes à celles de réels abus sexuels. La violence psychologique atteint parfois un niveau tel que l'on pourrait presque parler de meurtre psychique** ».

Et même lorsque le parent est innocenté, au terme d'une longue procédure, marquée par des mesures implacables de séparation, et parfois de placement des enfants en foyer, les chances de restauration d'une relation parentale digne de ce nom sont faibles. « Rien ne pourra remplacer les années perdues, ni réparer la sanction sociale liée à la procédure elle-même » [4].

En conclusion, selon M. Boubilil [9] [74], nous citerons **les dix questions à se poser devant une allégation d'abus sexuel, afin de mieux évaluer la situation** :

- Qui allègue et dans quel contexte ?
- A qui l'allégation est-elle faite et dans quel but ?
- Qu'est-ce qui est exactement allégué ?
- Qui « révèle » l'allégation ?
- Quel est l'état actuel de l'enfant, son développement est-il harmonieux, son adaptation socio-scolaire est-elle bonne ? S'il s'exprime ou bien quand il est interrogé, que dit-il de l'allégation d'abus sexuels ?
- Comment fonctionne la famille et/ou l'institution qui s'occupe de l'enfant ?
- L'allégation a-t-elle une fonction utilitaire dans des conflits, une séparation, un divorce ?
- L'allégation d'abus sexuels a-t-elle été exprimée clairement à l'abuseur présumé ? Si non, pourquoi ?
- Ce qui est allégué atteint-il plus particulièrement un ou plusieurs des participants ? Celui-ci ou ceux-ci peuvent-ils dire pourquoi ?
- Comment chacun voit-il le projet thérapeutique ?

5. Facteurs de risque et facteurs de protection

Les différentes études mettent en avant des facteurs de risque (FDR) et des facteurs de protection (FDP) des abus sexuels. Néanmoins, ce ne sont que des statistiques qui ne peuvent en aucun cas permettre de stigmatiser un groupe à risque de la population. La réalité est infiniment plus complexe, et que l'abus soit isolé ou répétitif, il est pris dans un ensemble d'évènements, de relations et de vécus chez l'enfant, l'auteur et bien d'autres.

Néanmoins, les auteurs réunis, les 6 et 7 novembre 2003, à la 7^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie [89], reconnaissent des facteurs de risque et des facteurs de protection.

a) Les facteurs de risque (FDR)

J-Y Hayez décrit les différents FDR suivants [45]:

- Concernant la victime :

- *Son jeune âge :*

Les enfants d'âge préscolaire sont suggestibles, peu informés et imaginatifs ; ils aiment les contacts physiques et les caresses, voire, à partir de 4 ans, les contacts génitaux. Ils cèdent donc beaucoup plus facilement aux avances d'un abuseur habile et souriant.

A partir de 7 ans, et jusqu'à 12 ans, on observe une augmentation progressive de l'incidence des abus sexuels.

A la préadolescence et au début de l'adolescence, les pulsions et les désirs sexuels s'amplifient, la curiosité sexuelle s'exacerbe à nouveau. Les 11-14 ans se laissent donc parfois séduire facilement par des grands adolescents ou des adultes, voire, parfois, les séduisent activement.

- *Son sexe :*

Selon les études, les filles sont de 2 à 5 fois plus fréquemment abusées que les garçons. Dans 80% des cas, ce sont donc des filles.

Les comportements de défi et d'exploration active de l'interdit sont plus nombreux chez les garçons.

- *Traits de caractère et style de vie :*

Sont des FDR les caractères suivants :

- * Les enfants naïfs, suggestibles, peu informés.
- * Les enfants trop « en cocoonés », peu habitués à affronter les risques tout seuls.
- * Les enfants tristes et soumis, incapables de faire face aux idées et aux émotions négatives.
- * Les enfants anxieux, inhibés, peu confiants dans leur valeur, se culpabilisant facilement.
- * Les enfants solitaires, à la dérive.
- * Les enfants hédonistes, matérialistes, amoraux.
- * Les enfants curieux, fureteurs, défiants, provocateurs.
- * Les enfants en recherche de privilèges affectifs.

- *L'orientation sexuelle du préadolescent ou du jeune adolescent :*

Les jeunes qui se vivent précocement homosexuels ou bisexuels sont plus facilement trompés par des aînés ou des adultes, parce qu'ils sont souvent plus isolés socialement et qu'ils s'offrent davantage à des explorations homosexuelles.

- *L'existence d'un handicap ou d'une pathologie psychiatrique :*

Les enfants handicapés ont 2 fois plus de risques d'être abusés.

Chez les enfants présentant un retard mental, le taux d'abus sexuels est 4 fois plus élevé.

Les enfants carencés affectivement peuvent se mettre activement « en chasse » d'un maternage sexualisé ou céder rapidement aux avances de celui qui à l'air de le leur proposer.

Certains troubles neurologiques (maladie de Gilles de la Tourette) amènent parfois des désinhibitions ou de fortes obsessions - compulsions sexuelles qui attirent l'attention des abuseurs.

- Concernant la famille et l'entourage :

L'enfant a davantage de peine à dire non, à un membre de la famille, surtout proche, qu'à un étranger. C'est aussi dans ces cas d'abus intrafamiliaux que la durée est la plus longue et le recours à des menaces plus fréquent.

Les fonctionnements familiaux suivants sont des FDR :

- * Fonctionnement hyper protecteur (générateur d'angoisses excessives).
- * Fonctionnement tyrannique, violent, effrayant.
- * Fonctionnement laxiste, négligeant la surveillance.
- * Fonctionnement immoral, pervertissant.
- * Familles indifférentes, absentes.
- * Fonctionnement familial dépressif, vide, « mal dans sa peau ».
- * Fonctionnement pessimiste.
- * Fonctionnement névrotisant (prédisposant à des culpabilités indues).

Les conditions de vie « à la Zola », la précarité.

Les parents porteurs eux-mêmes d'une histoire de vie très traumatique, avec violences physiques et abus.

L'alcoolisme.

L'accumulation de problèmes et de facteurs de stress dans la famille.

La vie en foyer monoparental (surtout à partir de la préadolescence et de la jeune adolescence).

Le jeune âge de la mère.

La vie en institution résidentielle et en famille d'accueil.

Les difficultés relationnelles intrafamiliales représentent 73% des FDR et les situations de séparation et de divorce 43%.

Nous voyons donc que tous les dysfonctionnements familiaux sont cause de fragilisation de l'enfant et sont des FDR.

- Concernant l'abuseur :

- *Son sexe :*

Dans 95 à 99% des cas, l'abuseur est de sexe masculin.

- *Son âge :*

Il faut se souvenir que l'enfant attribue le statut d'adulte à une personne en fonction de critères qui lui sont spécifiques comme la taille, la force, le sérieux et d'autres éléments de réactivité,... Le résultat diffère donc au moins partiellement de celui des découpages administratives et sociales officielles. Après et au fur et à mesure que l'enfant grandit, le résultat de son analyse s'inverse.

- *Son statut :*

L'abuseur est un membre de la famille ou un proche et il existe un lien affectif. De peur de casser ce lien vital, l'enfant a tendance à se laisser faire par celui qu'il aime.

L'enfant attribue une **autorité morale** à l'adulte qui le sollicite, et donc le pouvoir d'exiger de lui l'obéissance. Plus il est petit, plus l'enfant a tendance à en investir n'importe quel adulte, voire n'importe quel grand.

L'enfant reconnaît à celui qui le sollicite **un savoir sur la vie et la sexualité** et ce sur ce qui est permis et défendu ou Bien et Mal. L'abuseur exerce donc une emprise intellectuelle anormale sur l'enfant.

L'enfant attribue à son abuseur **le pouvoir de la force**, c'est-à-dire celui de lui faire du mal s'il résiste. L'enfant est susceptible d'avoir peur de quiconque est plus grand et plus costaud que lui.

- *Ses motivations :*

Les abuseurs les moins « nocifs » sont ceux qui, de leur point de vue, offrent un amour sincère à l'enfant.

Les plus « nuisibles » relèvent de trois motivations qui peuvent exister séparément ou associées :

- * L'enfant n'est qu'une chose sexuelle.
- * L'enfant doit souffrir moralement ou physiquement.
- * Toute la vie de l'enfant doit appartenir à l'abuseur.

- *Le nombre d'abuseurs :*

Le risque de gravité s'accroît s'il y a plusieurs abuseurs.

Le risque est aussi plus important en cas de complicité passive d'un adulte (adulte témoin).

b) Les facteurs de protection (FDP)

Toujours selon J-Y Hayez [45], nous relevons les facteurs de protection suivant :

- Concernant la victime :

- *Son âge :*

Plus l'enfant en bonne santé mentale grandit, plus il devient lucide et capable de se protéger et de dire les « Oui » et les « Non » qu'il souhaite.

Cette constatation a cependant ses limites car il reste des abuseurs effrayants ou très convaincants.

- *Traits de caractère et style de vie :*

Sont des FDP les caractères suivants :

- * Les enfants lucides, intelligents, déterminés, forts, prudents, confiants en eux (enfants en bonne santé mentale).
- * Les enfants bien informés et entraînés à se protéger.
- * Les enfants habituellement résilients et mûrs, aptes à analyser correctement ce qui leur arrive.
- * Les enfants anxieux (type agitation bruyante).

- *L'existence d'un handicap ou d'une pathologie psychiatrique :*

Les enfants psychotiques (ou presque) et les enfants autistes sont protégés de l'approche de beaucoup d'abuseurs par leur méfiance de l'étranger, leur dimension farouche et leurs réactions agressives d'autoprotection potentiellement bruyantes.

- Concernant la famille et l'entourage :

Les fonctionnements familiaux suivants sont des FDP :

- * Une famille présente.
- * Des rapports intrafamiliaux corrects, structurés et respectueux des limites intergénérationnelles.
- * Une communication claire.
- * Un fonctionnement encourageant l'enfant à se définir et à s'affirmer.

Une bonne insertion sociale de la famille est aussi un FDP.

A partir de 6-7 ans, si les parents ont énoncé et respecté correctement les interdits fondamentaux, l'enfant vit de l'intérieur la valeur du tabou de l'inceste et même, plus largement, celle de toute sexualité trans-générationnelle. L'adulte qui procède à l'inverse est vécu par lui comme incarnant un Mal radical. L'enfant est donc plus en mesure de se défendre.

6. Signes cliniques évocateurs d'abus sexuels

Le risque relatif de survenue d'une conséquence pathologique dans le cadre des maltraitances sexuelles est beaucoup plus élevé que dans d'autres circonstances accidentelles [89].

Pour H. Van Gijsegem, « plus l'inceste a lieu tôt dans la vie, plus il y a de risques que les blessures soient irréversibles particulièrement au niveau de l'identité » [83].

Les symptômes touchent toutes les sphères d'activité, ils sont « la mise en acte au niveau du corps et des comportements de ce que l'enfant a subi et de ce qu'il a fantasmé » [83]. L'enfant a vécu une expérience d'effraction de son corps et réagit, quel que soit l'âge, par des réactions somatiques.

Les symptômes sont non spécifiques mais doivent nous alerter, notamment, en cas d'apparition brutale, de modifications des comportements ou s'ils sont associés.

a) **Chez l'enfant de moins de 6 ans (âge préscolaire)** [79] [83] [37]

- Les signes généraux

- **Les manifestations de peur** : agitation, irritabilité, sensation d'insécurité, hurlement en face de situations similaires, peurs irraisonnées (du noir, des bruits insolites, des inconnus), besoin constant d'être rassuré.
- **Les comportements d'agressivité** inhabituels à cet âge, même avec des personnes proches.
- **L'inhibition, l'instabilité.**
- **Les signes régressifs** : refus de séparation des parents, perte d'acquisitions de développement (moteur, langage).
- **Les rappels douloureux** : refus du change, refus d'examen.
- **Les troubles du sommeil** : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes, refus d'aller se coucher. Ils sont constants à tous les âges.
- **Les troubles de la conduite alimentaire** : vomissements, anorexie, boulimie, refus alimentaire.
- **Les expressions somatiques** : douleurs abdominales aiguës, répétées, gêne à la déglutition.
- **Les expressions indirectes du traumatisme génital et périnéal** : régression de propreté (énurésie, encoprésie), constipation, troubles mictionnels révélés parfois par des infections urinaires à répétition.

- Les signes physiques

- les signes traumatiques hors zones génitales traduisant l'association de maltraitance physique associée ou la contention pendant l'agression sexuelle (hématome des épaules, trace de contention sur les membres, contusions...), lésion de la muqueuse buccale.
- Les lésions génitales, les vulvites à répétitions.
- Les lésions anales (fissures anales).
- Les hémorragies génitales.
- Les maladies sexuellement transmissibles.

- Les signes sexualisés

- La masturbation compulsive.
- Les jeux sexuels répétés avant 3 ans.
- Les gestes sexualisés de l'enfant sur un adulte ou un autre enfant (petite fille voulant toucher la braguette des hommes, petit garçon voulant toucher les seins ou les fesses des femmes, baisers sur la bouche, « collage » ou tendresse trouble... s'allonge en « s'offrant »).
- La demande excessive de caresses sur certaines régions du corps.
- La difficulté à accepter la tendresse, les câlins.
- Les jeux avec les poupées, plaisir « sadique » à enfoncer des objets dans tous les orifices de la poupée.
- Les pleurs, voire refus lors de la toilette intime.
- Une curiosité sexuelle exacerbée.
- Un langage vulgaire axé sur le sexe, inadapté à l'âge.

b) Chez l'enfant de 7 à 12 ans (âge scolaire) [2] [83] [37]

- Les signes généraux

Tous les signes cités précédemment peuvent se retrouver, mais en plus, à ces âges là, les signes suivants peuvent exister :

- L'agressivité et la colère sont fréquentes, elles sont souvent liées à un sentiment de culpabilité, de dégoût de soi.
- Sur le plan émotionnel, on relève des états dépressifs, de la tristesse.
- L'angoisse est présente et se manifeste par un besoin constant d'être rassuré, une crainte permanente sans objet défini.
- La peur des douches, la peur de la vie familiale (arrivée très tôt et départ très tard de l'école), le refus de se mettre en tenue de sport.
- Une hygiène défectueuse ou excessive, des rites de lavage.
- La peur d'être enceinte (alors qu'elles ne sont pas réglées), d'avoir le SIDA.
- Sur le plan psychosomatique, on retrouve fréquemment des malaises diffus, des sensations de modification du corps (« je me sens mal, je suis fatigué... »), des

douleurs dans les os, des crises d'étouffements, des évanouissements. Les douleurs abdominales sont aussi très fréquentes.

- Les troubles des conduites alimentaires qui existent à tous les âges, correspondent ici, à des phénomènes de rejet et de compensations transitoires.
- Sur le plan du développement, l'enfant peut perdre ses activités créatrices et de jeu. Il peut perdre sa capacité à se concentrer, à apprendre. Une chute brutale des résultats scolaires peut alors apparaître.
- L'absentéisme scolaire, les arrivées et les départs difficiles à l'école.
- Sur le plan du comportement, on peut noter des modifications soudaines, une tendance à s'isoler des enfants du même âge. L'enfant ne joue plus, il désinvestit la scolarité, il est replié sur lui-même, morose ou, à l'inverse, perturbateur. On peut noter aussi un refus de rester seul avec la personne chargée de lui, un manque de confiance envers un adulte de l'entourage.

- Les signes physiques et les signes sexualisés

Ce sont les mêmes que ceux décrits chez les plus petits.

Chez ces enfants, les troubles peuvent s'exprimer dans des dessins stéréotypés et précis qui révèlent des connaissances sexuelles inadaptées à cet âge (les attributs sexuels, des scènes de coït y sont figurés sans aucune symbolisation).

c) Chez l'adolescent [81] [83] [37] [15]

Les abus sexuels survenant à l'adolescence provoquent en général des symptômes d'emblée plus actifs et plus aigus, ils sont à l'origine de tentatives de suicide, de fugues, de prostitution, de toxicomanie...

- Les signes généraux

- Il existe souvent un va et vient entre l'inhibition, le repli sur soi et la provocation.
- Une peur panique de tout ce qui est nouveau, de l'inconnu.
- Un attachement exagéré à une personne étrangère.
- La soumission totale ou le rejet excessif de l'autorité parentale.

- Le refus de participer aux cours d'éducation physique.
- L'échec ou le surinvestissement scolaire.
- L'absentéisme scolaire.
- Les troubles graves des conduites alimentaires : l'anorexie en particulier. Ils correspondent ici à un refus de la féminité et à une volonté de destruction du corps.
- Les somatisations : plaintes diverses, douleurs abdominales aiguës, céphalées, passages fréquents à l'infirmerie.
- Les dépressions cliniques : retrait, renfermement, détérioration de la perception de soi, crises de pleurs inexplicables.
- Les conduites à risque, les comportements autodestructeurs, qui montrent que l'adolescent a intégré que son corps ne vaut rien : la toxicomanie, le suicide, la prostitution, les fugues (surtout celles qui ont lieu à la puberté), la délinquance.
« La délinquance est parfois le seul « discours » que peuvent tenir ceux qui n'ont pas de mots pour dire ce qu'on leur a fait subir » [42].

- Les signes physiques

Ils peuvent être les mêmes que ceux cités plus haut.

- Les signes sexualisés

Pour les filles :

- L'arrêt des règles.
- La difficulté à gérer sa féminité (ne connaît pas la date de ses règles).
- L'excitation inappropriée devant les hommes.
- Le besoin de savoir si elle est vierge.
- La frigidité.
- La grossesse.
- Le recours à l'IVG.
- Un comportement de séduction exagéré qui entraîne la répétition des abus, elles sont incapables d'y mettre un terme.

Pour les deux sexes :

- La prostitution.
- Les abus sexuels sur un enfant plus jeune (surtout vrai chez les garçons).

7. Conséquences des abus sexuels

a) L'état de stress post-traumatique (« Post Traumatic Stress Disorder » PTSD) [2]

Le stress post-traumatique se rencontre chez les enfants et les adolescents victimes d'abus sexuel, mais aussi, en général, chez les victimes de maltraitance, de catastrophes, d'actions terroristes, de hold-up, d'accidents de la voie publique...

Le stress post-traumatique est un état pathologique consécutif au bouleversement émotionnel. Il apparaît tout de suite après l'événement ou après un temps de latence variable (quelques jours, mois, voire années). Le temps de latence dans l'apparition du stress post-traumatique ne signifie pas pour autant une absence de signes annonciateurs. Ces signes de souffrance s'expriment par une tendance, plus ou moins marquée, à l'isolement et par des somatisations. L'enfant développe des conduites d'évitement et des comportements sexuels inadaptés.

Un tiers des enfants développent leur symptomatologie dans les 18 mois qui suivent l'abus sexuel. La sidération de l'enfant qui a subi un traumatisme émotionnel ou physique grave est telle, qu'elle interdit parfois toute expression symptomatique immédiate. Un temps d'élaboration est alors nécessaire pour permettre à une pathologie visible d'éclorre.

Le signe le plus fréquent traduisant un état de stress post-traumatique, est le syndrome de répétition. Il consiste en des flash-back ; les scènes d'abus sexuels s'imposent à la pensée de l'enfant, elles sont revécues avec de nombreux détails à n'importe quel moment du jour et de la nuit. Les rêves et cauchemars reproduisent la scène traumatique avec une grande charge émotionnelle. L'enfant est sur le qui-vive et a des réactions de sursaut exagérées. Une alternance de phases d'agitation et d'excitation est souvent observée. De même, des impulsions agressives et des crises émotives peuvent survenir sur un fond de prostration et d'inhibition.

La plupart des enfants traumatisés ne présentent que quelques signes du syndrome post-traumatique ; l'ensemble du syndrome se retrouve plutôt chez les enfants victimes d'abus répétés et violents.

Toutes les victimes d'abus sexuels, quel que soit leur âge, sont susceptibles de développer un stress post-traumatique, mais le seuil de vulnérabilité varie de façon très importante d'un individu à l'autre et il est extrêmement difficile d'en prévoir le développement.

Les divers stress ultérieurs de l'existence, les rappels de l'abus, notamment la date anniversaire, et toute similarité de contexte, sont susceptibles de devenir des facteurs déclenchants.

b) Les conséquences à l'âge adulte [37]

« Les conséquences d'un abus sexuel dans l'enfance peuvent entraver durablement la vie adulte des victimes enfermées dans le silence ou le déni » (M. Gabel).

Au-delà des souffrances personnelles, les répercussions peuvent atteindre la vie affective, sociale, sexuelle et parentale de l'adulte.

Les auteurs [42] [37] s'accordent pour dire, qu'un abus sexuel vécu dans l'enfance ou l'adolescence peut être, à l'âge adulte, à l'origine des symptômes post-traumatiques suivants :

- *Des dépressions à tendance suicidaire* : qui associent le plus souvent le manque d'estime de soi, l'incapacité à dire non, la soumission à l'autorité et le sentiment de n'avoir aucune place dans la société. F Gruyer [42], sur 20 ans de pratique, a évalué à 80% le nombre de ses patientes dépressives ayant été abusées dans leur enfance.
- *La prostitution* : Selon une estimation canadienne, 80% des prostitué(e)s auraient été victime(s) d'abus sexuels dans leur enfance. « Les abus sexuels intra-familiaux, les familles à transactions incestueuses peuvent être de véritables écoles de la prostitution. L'acte incestueux y est souvent monnayé par de l'argent ou des cadeaux » [42].

- *La toxicomanie* (surtout dans les cas d'inceste).
- *L'alcoolisme* (essentiellement en cas d'inceste).
- *La reproduction des abus sexuels sur la génération suivante* : Des études américaines ont permis de constater que de jeunes violeurs âgés de 13 ou 14 ans étaient eux-mêmes des victimes d'abus sexuels. Le processus d'identification à l'agresseur se produit très rapidement et, comme nous le verrons plus loin, ses effets ne se font pas attendre.
- *Les maladies mentales et les troubles psychotiques en particulier*. Il est donc indispensable de traiter les abus sexuels le plus tôt possible et, bien entendu, avant la phase d'éclosion des troubles psychotiques, car les risques de « chronicisation », que courent les malades internés, sont importants.
- *Les troubles de la vie sexuelle* : La compulsion sexuelle et la frigidité sont les plus fréquentes. « Les femmes abusées dans l'enfance entament souvent une quête de tendresse, au travers d'aventures multiples toujours insatisfaisantes, parce que grevées au départ par l'idée que la satisfaction sexuelle de l'autre est une condition préalable à toute relation » [42].
- *Le SIDA* : Certains enfants, en effet, sont devenus séropositifs à la suite d'un abus sexuel. En étudiant le passé de malades du SIDA, F. Gruyer a retrouvé plusieurs cas d'inceste mère-fils qui avaient déterminé à l'âge adulte un type d'homosexualité autodestructrice, faite « d'errance sexuelle », dont on connaît aujourd'hui, les risques graves qu'elle fait courir.

c) Le syndrome d'adaptation et les mécanismes de défense de l'enfant victime d'abus sexuel [65] [2] [91]

R.C. Summit, psychiatre américain, a décrit en 1983, dans le journal « Child Abuse and Neglect », le syndrome d'adaptation de l'enfant victime d'abus sexuel, qui aujourd'hui porte son nom. Il a montré que le moment de la découverte constitue un traumatisme pour l'enfant. En effet, bien souvent, les adultes ne comprennent pas les

comportements de l'enfant à ce moment là. En projetant leur propre réaction d'adulte, ils pensent que les comportements de l'enfant devraient être : protestations, refus et mouvement défensif ; c'est pourquoi ils doutent de la parole de l'enfant et l'accusent de mensonges et de mythomanie. Pour R.C. Summit, l'enfant paraît alors doublement victime : victime des abus sexuels et victime de l'incrédulité des adultes.

Les réactions de l'enfant, décrites par R.C. Summit comme les plus typiques du syndrome d'adaptation, vont, de fait, renforcer les adultes dans leurs préjugés. Elles sont au nombre de cinq. Les deux premières sont liées à la « vulnérabilité » de l'enfant, les trois autres sont les conséquences des abus sexuels.

Ce sont :

- Le secret

Selon R.C. Summit, la réalité terrifiante pour l'enfant victime d'abus sexuels tient au fait que : « cela n'arrive que lorsque l'enfant est seul avec l'adulte et ne doit jamais être partagé avec qui que ce soit ». Ce terrible secret est imposé à l'enfant par l'adulte par la menace (« ne le dis pas à ta mère, elle me détesterait », « elle te tuerait, elle te ferait placer », « ne le dis à personne, personne ne te croirait »...) et/ou en le rendant responsable des conséquences néfastes que pourrait avoir le dévoilement de tels actes.

Ces menaces entraînent chez l'enfant une peur et une culpabilité, et lui font croire que les effets de la révélation sont plus dangereux encore que l'abus lui-même.

Les enquêtes rétrospectives ont montré, dans la plupart des cas, que l'enfant ne dit jamais rien : il craint la punition ou l'incapacité des adultes à le protéger de la violence de l'abuseur. S'il ne peut pas parler, c'est parce qu'il n'a plus confiance en aucun adulte.

- L'impuissance

Depuis toujours, on apprend aux enfants à se méfier des étrangers mais, simultanément, à être obéissant et affectueux avec tout adulte qui s'occupe de lui. Bien souvent, l'abuseur, qui est dans la majorité des cas un familier de l'enfant, va d'abord établir une relation de confiance avec lui, puis s'apercevoir que l'enfant ne se plaint pas lorsqu'il va plus loin.

L'enfant, lui, éprouve un sentiment d'impuissance devant ce comportement qu'il ne comprend pas, de la part d'un adulte en qui il a confiance et dont il attend la protection. R.C. Summit rappelle ainsi que « les adultes qui cherchent de jeunes enfants comme partenaires sexuels découvrent rapidement quelques chose qui semble incroyable à des personnes moins impulsives, à savoir que les enfants sont sans défense, ne se plaignent pas et ne résistent pas ».

- L'accommodation

Dans le cas des abus sexuels, nous voyons l'enfant être pris au piège et s'y adapter. « Si l'enfant n'a pas immédiatement cherché de l'aide et n'a pas été protégé, la seule option possible pour lui est d'apprendre à accepter la situation et survivre, au prix d'un renversement des valeurs morales et de remaniements psychiques dommageables pour sa personnalité » (R.C. Summit, 1983). Il y parviendra, soit par le clivage, en fonctionnant comme s'il avait plusieurs personnalités, soit par le renversement en son contraire de l'expérience : ce qui était mauvais sera affirmé comme bon, soit par le mécanisme d'identification à l'agresseur.

Le mécanisme d'identification à l'agresseur [65] [31] :

Ce mécanisme a été décrit en 1933 par S. Ferenczi, et a été repris par A. Freud en 1949.

La peur décrite précédemment à propos du secret, quand elle atteint son point culminant, « oblige l'enfant à se soumettre automatiquement à la volonté de l'agresseur, à deviner le moindre de ses désirs, à obéir en s'oubliant complètement, et à s'identifier totalement à l'agresseur ».

S. Ferenczi définit ainsi ce mécanisme : « Par identification, disons par introjection de l'agresseur, celui-ci disparaît en tant que réalité extérieure, et devient intra psychique. Mais le changement significatif, provoqué dans l'esprit de l'enfant par l'identification anxieuse avec le partenaire adulte, est l'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte : le jeu jusqu'à présent anodin apparaît maintenant comme un acte méritant une punition ».

A. Freud explique que par ce mécanisme d'identification à l'agresseur, « l'enfant se transforme de menacé en menaçant » ; c'est ce qui explique que certains enfants

abusés peuvent devenir, eux-mêmes, des abuseurs sexuels et s'en prendre à des plus jeunes.

- Le dévoilement retardé, contradictoire et non convaincant

Beaucoup d'abus sexuels ne sont jamais dévoilés et, quand ils le sont, cela survient généralement après des années de silence. La victime d'un abus, notamment d'un inceste, tend à rester silencieuse jusqu'à ce qu'elle entre dans l'adolescence, période où elle commence à être capable de réclamer une vie plus indépendante et d'affronter l'autorité des adultes. Comme elle n'obtiendra que rarement ce qu'elle souhaite, elle sera conduite par la colère à dévoiler le secret d'abus sexuel.

Cette colère, pour R.C. Summit, va créer le doute dans l'esprit des adultes qui seront amenés à entendre l'adolescent : « Les autorités sont éloignées, détournées, perturbées par les motifs de délinquance et de rébellion exprimés par l'adolescent. La plupart des adultes confrontés avec une telle histoire tendent à y voir le problème de parents essayant de se débrouiller avec un adolescent rebelle. Ils observent que l'adolescent semble plus en colère contre les punitions actuelles que contre les atrocités sexuelles qu'il allègue. Ils présument alors qu'il n'y a pas de vérité dans une telle plainte et ce d'autant plus que l'adolescent ne s'est pas plaint plus précocement d'avoir été abusé » [67].

Les troubles du comportement (associés au dévoilement), qui constituent le mode d'adaptation de l'enfant ou de l'adolescent à la situation traumatique, vont paradoxalement amoindrir sa crédibilité.

A cette période du dévoilement, le psychiatre et/ou la psychologue experts, l'avocat spécialisé pour enfant, ont un rôle crucial à jouer pour que l'enfant soit cru, supporté et protégé.

- La rétractation

Face au scepticismisme de l'entourage et aux pressions de l'environnement, l'enfant résigné peut être amené à abandonner, et la rétractation est parfois la dernière étape de cette évolution.

La rétractation va dans le sens de tous les mécanismes décrits précédemment : « devant le risque de catastrophe que provoque la révélation, l'enfant choisira de se rétracter, et ce d'autant plus que c'est ce que renvoient en miroir souvent les intervenants médico-sociaux, craignant plus les conséquences de la révélation que les conséquences de l'abus sexuel sur le fonctionnement psychique de l'enfant et sur son développement » (R.C. Summit).

La rétractation, loin d'éliminer la suspicion d'abus sexuel, se révèle plus une preuve d'aveu et de détresse de la part de l'enfant.

« La connaissance de ce syndrome permet un meilleur abord préventif et thérapeutique des abus sexuels. Plus les gens sont formés, plus ils acceptent la réalité des faits, et plus ils peuvent offrir à l'enfant une aide adéquate. Quand les enfants sont en thérapie, les thérapeutes risqueront moins de traiter l'abus comme un fantasme » (R.C. Summit, 1983) [65].

d) La résilience

C'est « la capacité de réussir de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent le risque grave d'une issue négative » [22].

Pour J. Lecomte et S. Vanistendael [12], « la résilience est bien plus que le fait de supporter un traumatisme, elle consiste également à se reconstruire, à s'engager dans une nouvelle dynamique de vie. (...) Le lien et le sens sont ainsi les deux fondements majeurs de la résilience ». Ces deux auteurs citent le psychiatre V. Franckl qui, après avoir survécu à quatre camps de concentration, et après y avoir perdu sa femme, ses parents et son frère, a retenu de sa tragique expérience : « l'important n'était pas ce que nous attendions de la vie, mais ce que la vie attendait de nous ». Par son

témoignage, il voulait montrer que même dans les situations les plus extrêmes, l'être humain peut encore donner un sens à son existence.

Trouver un sens à sa souffrance et à sa vie constitue une quête essentielle chez les personnes ayant gravement souffert. Dans les cas d'inceste, on constate que nombreuses sont les personnes qui, n'ayant pu découvrir du sens (puisque la situation est insensée), vont tenter de créer du sens. Autrement dit, elles en arrivent à ne plus se focaliser sur la question « Pourquoi ? » (qui tente d'expliquer le passé), mais à la question « Pourquoi ? » (qui ouvre sur le futur).

« Qui a été battu, battra », « Tout enfant maltraité deviendra un parent maltraitant » !

Tels étaient, il y a encore peu de temps, les messages véhiculés par les professionnels et repris abondamment par les médias pour évoquer le devenir à long terme des enfants maltraités. On ne parlait pas de résilience, mais de reproduction transgénérationnelle, de répétition, de pseudo hérédité de la maltraitance. Or, les connaissances acquises depuis quelques décennies invitent à radicalement remettre en question cette approche. Car la plupart des ex-maltraités deviennent des parents affectueux. « La cessation intergénérationnelle de la maltraitance est donc bien plus fréquente que sa transmission » [66].

En effet, **90 à 95%** des enfants maltraités, abusés, ne répètent pas l'acte.

Selon M. Rufo [28], 93% de ces enfants étaient d'excellents parents, et il n'a pas été retrouvé de répétition à la 2^{ème}, voire même, 3^{ème} génération. « On peut avoir souffert, mais ce n'est pas définitif, ce n'est pas un stigmate, on ne répète pas, ce n'est pas une salissure qui marquerait après sa descendance ».

A partir d'une étude sur le devenir de 54 adultes qui avaient été hospitalisés dans leur petite enfance, pour des mauvais traitements physiques ou des négligences graves, D. Girodet et C. Mignot ont montré [12] des « points saillants » qui semblaient avoir aidé ces jeunes à être résilients. Il s'agit de :

- *Etre reconnu comme victime.*
- *Nommer les mauvais traitements.*
- *Permettre une relance de l'affectivité.*
- *Intérioriser et comprendre son histoire d'enfant maltraité par un étayage psychologique et social de longue durée.*
- *Maintenir et reconstruire un lien avec ses parents qui permette de se réapproprier son histoire d'enfant et d'être assuré qu'on a été aimé comme bébé.*

B. Cyrulnik complète cette liste par *l'existence ou le développement de liens significatifs avec un adulte* capable de constituer ce qu'il nomme « *un tuteur de développement* », aussi appelé par S. Chalon « *un tuteur de résilience* ».

Pour S. Chalon, « **nous avons tous en nous des capacités de résilience, pour peu que quelqu'un nous tende la main** » [12].

Nous concluons avec B. Humbeeck [12], pour qui le processus de résilience, envisagé comme un mécanisme psychologique d'adaptation, suppose quatre caractéristiques essentielles :

- l'identification d'un trauma ;
- la mise en place de stratégies de résistance ;
- un potentiel de développement préservé ;
- une propension à l'épanouissement.

« Dépasser le trauma, en intégrer la représentation qu'évoque le traumatisme pour s'engager, malgré tout, dans un parcours de développement qui rend possible à la fois l'affiliation, l'accomplissement et l'accès à l'autonomie : voilà donc l'enjeu fondamental de la résilience » [12].

8. Les mineurs agresseurs sexuels

Les études montrent qu'entre **30 et 50%** des agressions sexuelles commises sur des enfants, le sont par des adolescents [7] [53].

Par ailleurs, diverses études rétrospectives réalisées sur des abuseurs adultes montrent que 50 à 60% d'entre eux avaient commencé dès l'adolescence et n'avaient jamais interrompu leur activité abusive par la suite. Selon certains auteurs, 45% des adolescents abuseurs seraient récidivistes.

Ces chiffres sont consternants, mais sous le terme d'agression sexuelle sont repris des actes allant du coup de téléphone obscène au viol. De plus, même si une proportion importante d'abuseurs sexuels adultes ont commencé leur carrière criminelle à l'adolescence, **la plupart des jeunes qui ont commis un délit sexuel ne recommenceront plus à l'âge adulte** [7].

Tous les auteurs s'accordent pour parler d'abus sexuel entre enfants à partir d'une différence d'âge de **5 ans** [46] [7] [8] [64].

En dessous de cette différence d'âge, la grande majorité des activités sexuelles entre enfants sont des « **jeux sexuels**, librement et bilatéralement consentis » (J-Y Hayez) [46] [43].

Selon J-Y Hayez [46], seule une minorité des activités sexuelles commises par des mineurs mérite clairement le nom d'abus. Ici, le mineur incriminé cherche principalement son plaisir ou/et son pouvoir, sans considération importante pour la personne de l'autre qu'il ignore, menace ou désinforme par la séduction. Toutefois, même si des mineurs peuvent commettre des abus sexuels, J-Y Hayez [46] [48] s'oppose à ce qu'on les stigmatise comme « abuseurs (ou agresseurs, ou délinquants) sexuels ». « Disqualifier leur personnalité tout entière en les réduisant à son seul aspect délictuel/sexuel est, socialement, une réaction primaire et désespérante ».

« Recourir au vocable « abus... agression sexuelle » implique une connotation de gravité, assez souvent disproportionnée aux faits et à leur pronostic ».

Parler de « mineurs abuseurs » fait penser à une structure de personnalité chronicisée qui perpétue ses abus. Or, rien n'est moins vrai : « beaucoup d'abus – même les viols les plus horribles – commis par des mineurs d'âge resteront des faits occasionnels, voire isolés, liés à une « mauvaise passe » de la vie ».

a) Caractéristiques cliniques et psychopathologiques de ces mineurs agresseurs sexuels [30] [8] [88] [53]

De façon générale, les études sont peu informatives et non explicites sur les caractéristiques cliniques et psychopathologiques des mineurs agresseurs sexuels. Les avis des experts sont nombreux et les données et les résultats des études (cliniques ou psychologiques) sont difficilement interprétables.

Malgré le polymorphisme clinique des conduites déviantes et l'infinie diversité des configurations psychopathologiques au sein desquelles ces conduites peuvent apparaître, un point semble faire l'accord des experts [88] : c'est le constat que « **ces troubles du comportement sexuel correspondent bien moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de « solution défensive » par rapport à des angoisses majeures** concernant le sentiment identitaire, elles-mêmes

consécutives à des carences fondamentales de l'environnement primaire au cours de la petite enfance ».

« Le recours à la sexualité déviante n'est pas systématiquement issu d'une aberration pulsionnelle, encore moins d'un excès de la pulsion sexuelle (souvent en réalité peu active), mais d'une tentative de « solution de recours » par rapport au déficit narcissique consécutif à l'absence d'images parentales suffisamment bonnes dans le monde psychique interne ».

Néanmoins, nous relevons les caractéristiques suivantes :

- Par rapport à l'acte d'abus sexuel

On met souvent en évidence des distorsions importantes entre le récit de l'auteur et le récit de la victime.

Il existe des difficultés d'élaboration de l'auteur d'agression sexuelle.

L'auteur résume dans le passage à l'acte de l'agression ce qu'il est souvent dans **l'incapacité d'élaborer, de verbaliser**.

Il s'agit d'un comportement sexuel dont **l'aspect transgressif est généralement bien identifié** par le jeune auteur mais dont la composante sexuelle est évacuée.

Quand il s'agit de jeunes enfants, le comportement sexuel est bien souvent un comportement d'imitation.

Lorsqu'il s'agit d'adolescents, **l'agression sexuelle n'est pas repérée comme une effraction du corps de l'autre**. Cet autre, mal différencié, n'est pas considéré comme une personne mais comme une opportunité, comme celui ou celle dont on repère la vulnérabilité. **La victime est instrumentalisée, réduite à l'état d'objet**.

On retrouve souvent dans l'histoire des enfants abuseurs les prémices de cette violence sous forme **d'actes de cruauté commis sur des animaux**.

La plupart des enfants auteurs reconnaissent les faits d'agression sexuelle qui leur sont reprochés, mais **modifient le contexte dans lequel ils les ont commis et minimisent leur portée**.

Dans les familles où il existe une répétition transgénérationnelle de l'abus sexuel, l'acte d'abus est souvent banalisé par les parents du jeune auteur, au même titre qu'ils ont pu être abusés dans l'indifférence totale de leur entourage.

Dans d'autres familles, la place de l'enfant auteur est mal identifiée, soit du fait d'une confusion des générations (oncle et neveu du même âge), soit du fait de la place symbolique occupée par l'enfant : **enfant parentifié** élevé par une mère seule.

Le passage à l'acte d'agression sexuelle, prend alors valeur d'issue dramatique à une position devenue intenable pour l'enfant.

Le choix du sexe de la victime est souvent aléatoire : il est essentiellement fonction de circonstances favorisantes qui peuvent survenir lors d'un séjour en pensionnat ou en colonie de vacances ou encore lors de la présence à la maison d'un enfant plus jeune confié à la garde de la mère.

Par contre, de ce choix, l'auteur peut développer certaines croyances que lui renvoie l'acte d'agression sexuelle : nombreux sont les adolescents qui après avoir abusé d'un autre garçon, sont très effrayés par l'idée que leur acte conditionne une future homosexualité. On retrouve aussi cette préoccupation chez les victimes.

- Les troubles du comportement

La psychopathologie des auteurs d'agression sexuelle est souvent centrée sur les troubles du comportement avec leurs deux versants : celui de l'**instabilité** ou celui de l'**inhibition psychique**. Ces symptômes sont généralement synonymes de souffrance chez l'enfant. Ils engendrent des difficultés importantes d'ordre relationnel dans les domaines social, scolaire ou familial.

La psychopathologie et les symptômes cliniques sont des marqueurs d'un dysfonctionnement ou d'un processus défailant au sein de la famille.

Bien souvent, les troubles de ces enfants ont été préalablement repérés dans le cadre scolaire soit par le biais de leur comportement : instabilité, tendance au leadership ; soit par celui de difficultés dans les apprentissages avec des manifestations d'inhibition devant l'échec, de désinvestissement subi.

L'enfant auteur exprime souvent des idées de **culpabilité** avec risque de passage à l'acte suicidaire. Il s'agit plus d'un état dépressif réactionnel au jugement d'autrui (moral ou judiciaire) que d'une dépression constituée au sens clinique du terme.

Ces idées de culpabilité vis-à-vis de la victime, peuvent radicalement se transformer en idées d'injustice (surtout quand les parents sont malmenés par une procédure judiciaire et dans leur famille). Des mécanismes de défense se mettent alors en place avec des

processus de projection, de déplacement et de négation. L'enfant s'enferme dans ce qu'il identifie comme une version acceptable du récit de son acte et se construit une néo-réalité à laquelle il adhère avec beaucoup de conviction. Son discours diffère peu de celui des agresseurs adultes : il prétend avoir été provoqué par sa victime, reprend à son compte une surveillance défaillante des parents de celle-ci.

La plupart des enfants auteurs **minimisent** l'impact traumatique de leurs agissements chez leur victime.

Les propos d'un jeune abuseur sont rapportés dans l'article de G. Ryan [85] : « Je savais que j'aurai des problèmes, parce que j'avais toujours des problèmes de comportement sexuel... mais je n'ai jamais su que c'était illégal, et je ne comprends toujours pas pourquoi ils appellent ça un abus ».

Le mineur abuseur est souvent **solitaire**, en proie à des difficultés relationnelles ou à un vécu persécutif de son entourage. Il recherche et préfère la compagnie d'enfants plus jeunes [51].

Une **faible estime de soi** et un **pessimisme** sont souvent retrouvés et facilitent, à l'adolescence, selon J.A. Hunter [51], un comportement d'agression sexuelle sur enfant.

Les auteurs parlent d'**immaturité** sociale et sexuelle.

Certains auteurs voient aussi l'immaturité émotionnelle de l'enfant comme pouvant prédire une délinquance à l'adolescence. En effet l'immaturité émotionnelle recouvre une faible tolérance aux frustrations et une instabilité affective.

Ses modalités relationnelles basées sur l'emprise et l'abus donnent l'impression, au mineur abuseur, d'avoir la maîtrise de la situation et comblent momentanément le manque d'affection de son existence.

L'auteur fait souvent preuve d'une grande **labilité** émotionnelle et peut passer de la compassion vis-à-vis de sa victime, à la réitération de l'abus. Certains jeunes abuseurs présentent une **sidération** des affects, qui a la même valeur clinique que la labilité. L'enfant apparaît alors déconnecté de ses émotions, il ne les ressent plus ou prétend l'inverse d'une manière artificielle pour satisfaire les attentes de son interlocuteur.

Les enfants auteurs qui développent des tendances déficitaires, sont souvent des anciennes victimes qui n'ont rien pu dévoiler. D'un point de vue thérapeutique, c'est le rapprochement entre leur propre ressenti de victime et la similitude des actes qu'ils ont commis, qui peut les aider à identifier le processus de répétition et à l'interrompre.

- Les troubles psychiatriques

L'hypothèse d'une comorbidité psychiatrique chez les abuseurs adolescents est largement partagée [8]. On retrouve :

- *Le retard mental* : Les abuseurs sexuels à QI bas ne commettent pas plus d'abus que les autres, mais pratiquent davantage l'exhibitionnisme et le voyeurisme [8]. La genèse du comportement déviant implique alors un trouble du développement psychosexuel.
- *Les troubles de l'humeur* : La moitié des adolescents qui ont eux-mêmes été victimes d'abus sexuels ou physiques dans leur enfance, présentent une dépression modérée à sévère.
Une humeur dépressive peut favoriser un débordement des mécanismes psychiques inhibant le passage du fantasme à l'acte d'agression sexuelle.
- *L'abus de substance* : L'usage de substances psychotropes, d'alcool ou de cannabis peuvent favoriser (rôle facilitateur, désinhibant) le passage à l'acte sexuel chez des sujets vulnérables psychologiquement.
- *Les troubles des conduites* : C'est le diagnostic le plus courant, il concerne près de la moitié des sujets. Les troubles vont de l'hyperactivité avec déficit attentionnel à la délinquance. Un passé de délinquance précède l'abus sexuel dans 40 à 60% des cas.
- *Les troubles de la personnalité* : Un abus sexuel peut s'inscrire dans un trouble des conduites avec impulsivité et évoquer une psychopathie. Il peut également relever du comportement compensateur chez un sujet inhibé, dont le retrait entrave ses relations avec ses pairs et conduit à une situation d'échec social.
La psychopathie, qui est définie par l'association d'une tendance à manipuler les autres, d'agressivité, d'impulsivité, d'un faible niveau d'anxiété et de conformisme social, d'un comportement antisocial, n'est retrouvée (avec tous ces critères) que pour une faible proportion (7 à 16% selon les études) d'adolescents abuseurs. Par contre, des traits psychopathiques isolés sont fréquemment retrouvés.

- Caractéristiques cliniques communes

- *La capacité d'empathie* : L'empathie vis-à-vis d'une victime correspond « à la compréhension de l'impact de l'outrage et de la souffrance causée, associée à l'expression de sentiments appropriés tel le remord » [8]. La capacité d'empathie va de pair avec le sentiment de culpabilité, inversement corrélé aux traits psychopathiques. Le degré d'empathie est plus faible chez les agresseurs sexuels adolescents. La composante cognitive de l'empathie (comprendre le point de vue d'un autre) et sa composante affective (éprouver de la compassion) y sont particulièrement altérées.
- *Les compétences sociales* : Les délinquants sexuels présentent de plus faibles compétences sociales que les délinquants non sexuels, avec tendance au retrait et à l'isolement.
- *Les déviances sexuelles* : Elles regroupent les différentes paraphilies dont le voyeurisme et l'exhibitionnisme, mais aussi, un comportement sexuel accompagné de menace ou avec un partenaire dont l'âge n'est pas approprié au type d'interaction sexuelle.

Le voyeurisme est plus fréquent parmi les agresseurs sexuels violents que parmi les non-violents.

Les grands adolescents agresseurs sexuels (16-20 ans) sont plus intéressés par le voyeurisme que les plus jeunes (10-15 ans).

L'exhibitionnisme est plus fréquent en cas de handicap neuropsychiatrique associé.

Les différentes études permettent de conclure que plusieurs déviances sexuelles sont souvent associées chez un même adolescent, témoignant d'un surinvestissement de la sexualité qui se fait probablement au détriment d'autres domaines de fonctionnement.

Chez les agresseurs sexuels, les fantasmes sexuels, qui font partie du développement psychosexuel normal de l'adolescence, sont supprimés au profit de fantasmes déviants.

Pour conclure, nous voyons que clinique et psychopathologie des auteurs mineurs d'agression sexuelle se différencient de celles des adultes dans la mesure où elles concernent des êtres en devenir dont la personnalité est en cours de structuration et encore susceptible de remaniements.

Bon nombre de ces enfants et de ces adolescents, ont un passé marqué par la maltraitance, les sévices physiques ou sexuels. Ils développent de façon concomitante une pathologie post-traumatique et intègrent à leur personnalité une composante abandonnique.

b) Facteurs de risque

Les auteurs [22] [88] reconnaissent plusieurs facteurs de risque (FDR) qui peuvent être isolés ou associés entre eux.

Ce sont :

- *Les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance* : agression intra ou extrafamiliale. Un tel antécédent peut entrer en jeu dans la genèse de l'agression sexuelle : le sujet réplique sa propre histoire ou affirme une position de maîtrise et de pouvoir pour lutter contre un vécu d'impuissance.

Dans les agressions sexuelles intrafamiliales, on retrouve très souvent la notion d'une répétition transgénérationnelle de l'abus sexuel, dont l'auteur lui-même a souvent fait l'expérience.

Il faut donc être attentif à rechercher chez le mineur abuseur des symptômes de la série post traumatique et à identifier la part de victimisation qu'ils représentent. L'enfant auteur s'est souvent alors engagé dans un processus d'identification à l'agresseur.

On relève davantage d'antécédents d'abus sexuels chez les adolescents pédophiles et non violents que chez les violeurs.

Le sous-groupe des adolescents abusés sexuellement est plus susceptible de récidiver que les autres.

- *Les familles où règnent un climat incestuel* : On y repère les attaques constantes de l'intimité par le regard, le toucher, la dévalorisation du corps, l'exhibitionnisme, les confidences érotiques faites à leurs enfants par des parents

pervers. L'ambiance familiale est hypersexualisée. On constate souvent dans ces familles une suppression des frontières entre les générations et l'existence d'une hiérarchie parents-enfants dysfonctionnelle.

- *Les carences affectives par négligence ou abandon* : responsables de perturbations des liens d'attachement. Elles favorisent une organisation pathologique de la personnalité en entraînant avidité affective, dépendance à l'égard d'autrui, manque de repères structurants.

La pauvreté, l'isolement social, une mère vivant seule avec ses enfants favorisent le risque de négligence.

Les messages transmis par les comportements négligents vont peu à peu développer chez les victimes des sentiments d'infériorité, de faible estime de soi et d'inadéquation.

La mésestime de soi, fréquente chez les sujets abusés sexuellement, peut entraver les relations aux pairs et conduire l'adolescent à chercher de l'affection et des gratifications sexuelles auprès d'un plus jeune.

Le trouble profond de l'attachement amène ces sujets devenus adultes à attendre de leurs bébés l'amour qu'ils n'ont pas reçu et à utiliser leur enfant pour combler leurs propres carences.

- *Les maltraitances* : qui pourraient expliquer la faible capacité d'empathie développée par les agresseurs sexuels pour leur victime.

Dans ces familles maltraitantes (maltraitance physique, psychologique ou incestueuse), l'enfant a été confronté à l'agression et au meurtre comme possible et non comme interdit.

- *Les dysfonctionnements familiaux* : 70% des jeunes adolescents (12-15 ans) délinquants sexuels vivent dans un environnement familial chaotique, défini par une discontinuité des soins, une instabilité du couple parental, des adultes non familiers qui vont et viennent à la maison, des déménagements fréquents, des changements du cadre de vie paraissant arbitraires à l'enfant.

D'autres modèles de famille se rencontrent souvent chez les agresseurs sexuels : **les familles violentes, les familles caractérisées par le manque de limites, de règles, l'absence de supervision de l'enfant et la confusion des rôles entre parents et enfants.** Dans les familles présentant un trouble de

l'organisation hiérarchique, les enfants se trouvent souvent en situation de parents de leurs parents. On retrouve aussi les familles marquées par des défaillances dans l'intégration de la loi et les familles dont les adultes n'apparaissent pas comme des parents compétents.

Certaines organisations familiales apparaissent comme plus exposées à l'existence de failles profondes dans la transmission et l'intégration d'un modèle d'autorité parentale et des lois qui régissent les rapports humains, ce sont les familles monoparentales, certaines recompositions familiales, les familles dont les adultes sont eux-mêmes issus d'un tissu familial et social carencé sur les plans matériel, psychologique ou social. Dans ces familles, le risque est plus grand que les enfants ne connaissent pas le respect de l'autre et le tabou de l'inceste. En effet, d'après les études, les violeurs sont souvent issus de familles monoparentales.

Il existe aussi d'autres dysfonctionnements dans lesquels l'enfant est devenu objet de projection, enjeu des règlements de compte parentaux, instrumentalisés et habitués à la manipulation.

- *L'absence ou la non-implication d'un parent* : L'étude de P. Hummel [50] montre l'importance et la fréquence plus élevée de l'absence d'un ou des deux parents chez des adolescents abuseurs sexuels d'enfants, qui ont été eux-mêmes abusés.

Les **dimensions d'absence ou de non-implication d'un parent** ainsi que les lacunes observées face à la discipline et à l'éducation semblent bien cibler les problèmes rencontrés dans les familles de délinquants sexuels ; ces caractéristiques sont aussi retrouvées dans les familles de délinquants non sexuels.

- *De faibles possibilités socio-économiques.*
- *Une ambiance familiale hyposexualisée* : dans laquelle on ne parle jamais de sexualité, ni de relations affectives. Les enfants sont alors livrés à leur désir sans encadrement, de la part de parents qui éprouvent du dégoût à l'égard de ce qui concerne le sexuel.

- *La dépendance à l'alcool et/ou à d'autres substances* : Elles représentent une comorbidité aux abus sexuels.
- *Un antécédent de maltraitance physique chez les parents* : est fréquent chez les abuseurs d'enfants.

c) **Conclusion**

L'histoire des mineurs agresseurs sexuels doit être comprise dans un contexte et dans la mise en balance de facteurs de risque représentés par les différentes figures de la maltraitance, et de facteurs de résilience permettant au plus grand nombre des victimes d'échapper à un destin d'agresseurs.

On ne doit pas pour autant faire de la résilience un alibi pour stigmatiser ceux qui n'ont pas su s'en sortir ou pour rester dans l'inaction en rejetant la victime et ses difficultés. Bien au contraire, la prise en compte de ces éléments doit permettre la mise en place d'approches de prévention tertiaire en soulageant la souffrance des victimes bien sûr, mais en se préoccupant de limiter les conséquences à long terme des agressions subies.

Une intervention claire et précoce, auprès de ces adolescents abuseurs, est aussi nécessaire. Il y aura lieu de **marquer l'interdit et de responsabiliser le jeune et ses parents par rapport à l'acte inadmissible qu'il a posé en tenant compte de ses difficultés personnelles et familiales.** La prise en charge du jeune et de sa famille, sera, si possible, pluridisciplinaire, en collaboration dans certaines situations avec le corps judiciaire. Le but est de permettre à l'adolescent de s'autonomiser en établissant des relations plus épanouissantes et basées sur le respect de l'autre.

B. LE DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

La sexualité humaine se manifeste de façon différente au cours de 3 périodes de la vie :

- l'enfance
- l'adolescence
- l'âge adulte.

Nous nous intéresserons ici aux deux premières périodes.

Pendant des siècles, la sexualité était un mystère. Notamment, il a fallu attendre le XVII^e siècle pour que l'anatomie du vagin soit décrite.

Aujourd'hui, notre vie quotidienne est imprégnée de sexualité : le vêtement en est un symbole. Actuellement, comme le dit si bien F. Louis-Morin [71], « on fait beaucoup de vacarme autour de la sexualité, ce qui n'est pas très libérateur. Tout est sexualisé, on ne sait rien vendre, rien promouvoir, sans y mettre un angle sexuel. (...) Cette sexualisation touche même les enfants. Les petites filles sont habillées de façon très sexy, très branchées, ce qui en fait, parfois, des objets sexuels ; ce qui n'est pas non plus quelque chose de très positif. »

Chacun a ses théories propres sur la sexualité. Elles se forment dans l'enfance, ce sont les théories sexuelles infantiles [32]. Ces théories conscientes et inconscientes, présentes en nous, vont influencer nos réactions.

Nos conduites sexuelles sont aussi induites par des fantasmes conscients et inconscients. Les fantasmes, d'après le dictionnaire Hachette encyclopédique, sont « des représentations imaginaires de la réalisation d'un désir, qui ne tient pas compte de la réalité ». Pour S. Freud [32], les fantasmes sont des « représentations qui ne sont pas destinées à se réaliser ». « Les fantasmes de la période pubertaire se greffent sur les recherches infantiles abandonnées au cours de l'enfance et peuvent même apparaître avant la fin de la période de latence. (...) Ils sont les prototypes des fantasmes nocturnes qui deviennent conscients sous forme de rêves. » [32].

Prenons l'exemple de la scène primitive, fantasme originaire, qui est la représentation inconsciente des rapports amoureux du couple des parents [23]. Ce fantasme est commun à tous les être humains. Il est l'un des organisateurs de la vie mentale. Ce

scénario inconscient régit la place des uns et des autres. Mais ce fantasme n'est pas organisé de la même façon chez chacun d'entre nous. Il dépend des expériences vécues, des observations propres à chacun, de son affectivité et aussi des traumatismes subis. Ce fantasme originaire est sollicité de manière explicite dans le cas de situations d'inceste que nous, médecins, avons à gérer. Il va influencer nos réactions.

C'est en 1905 que S. Freud évoque la sexualité infantile [32]. Il la désigne comme « tout ce qui concerne les activités de la première enfance en quête de jouissances locales que tel ou tel organe est susceptible de procurer ». L'idée d'une sexualité infantile fait alors scandale et vient contredire le mythe d'une enfance innocente, comme si la sexualité était d'emblée entachée de faute et d'impureté [36].

Pour les psychanalystes, c'est en fait admettre une continuité entre certaines recherches de plaisir du début de la vie et les réalisations sexuelles adultes. C'est considérer aussi que la sexualité humaine déborde la génitalité proprement dite pour s'enraciner dans des stades beaucoup plus précoces du développement.

Aux différentes étapes d'organisation de la sexualité chez l'enfant, correspondent des étapes clefs de son développement psychoaffectif, dont le point culminant est l'entrée dans le fameux complexe d'Œdipe vers la 3^{ème} année de vie.

1. Les différents stades

S. Freud, dans "Trois essais sur la théorie sexuelle" [32], distingue les trois caractères essentiels d'une manifestation sexuelle infantile :

- elle apparaît par **étayage** sur une des fonctions vitales du corps ;
- elle ne connaît encore **aucun objet sexuel** ;
- elle est **autoérotique** et son but sexuel est sous la domination d'une **zone érogène**.

« Le but sexuel de la pulsion infantile consiste à provoquer la satisfaction par la stimulation appropriée de la zone érogène qui a été choisie d'une manière ou d'une autre ».

S.Freud a décrit ces caractères à partir du suçotement du stade oral, mais ils valent pour la plupart des autres activités des pulsions sexuelles infantiles.

a) Le stade oral – Le bébé au sein (de 0 à 1 an)

Dans la relation du nourrisson avec sa mère, la sensualité est déjà présente et elle se manifeste dans les sensations agréables associées à la succion et la satisfaction des besoins alimentaires, dans un rapport étroit au corps de la mère. C'est à partir de cette expérience voluptueuse qu'apparaît l'activité psychique la plus primitive.

A cette période de la vie, le bébé ne perçoit pas le sein (ou la tétine) comme extérieur, mais comme faisant partie de lui et de l'ensemble des sensations qui constituent son monde. Le bébé qui désire le sein peut imaginer qu'il est là et imaginer aussi la satisfaction qui en dérive. Cette façon primitive d'élaborer des fantasmes est la forme la plus ancienne de l'aptitude qui donnera, plus tard, naissance aux constructions plus élaborées de l'imaginaire. Ce fantasme devient en soi source de plaisir, il permet l'anticipation et l'attente du plaisir à venir.

Mais c'est sur ce même sein, que le bébé exerce toutes ses pulsions agressives liées à son avidité, à sa frustration si l'apaisement de la faim se fait trop attendre. Le sein désiré est en fantasme attaqué, dévoré, détruit.

Dans l'univers archaïque du nourrisson, il existe une grande confusion des fantasmes et de la réalité.

Le stade oral est donc sous la primauté de la **zone érogène buccale**.

Pour F. Dolto, « le besoin physiologique de sucer apparaît dès les premières heures de la vie ; mais repu, le bébé continue pendant le sommeil de sa digestion à suçoter ses lèvres, pendant que son aspect extérieur reposé et béat traduit la volupté» [26].

Pour S. Freud, « le **suçotement**, qui apparaît déjà chez le nourrisson et qui peut se poursuivre jusqu'à la maturité ou se maintenir durant toute la vie, consiste en une répétition rythmique avec la bouche (les lèvres) d'un contact de succion, dont la finalité alimentaire est exclue. (...) Une pulsion d'agrippement, apparaissant à cette occasion, se manifeste par exemple par un tiraillement rythmique simultanément du lobe de l'oreille. La succion voluptueuse s'accompagne d'une distraction totale de l'attention et conduit, soit à l'endormissement, soit même à une réaction motrice dans une sorte d'orgasme. Il

n'est pas rare que la friction de certaines parties sensibles du corps, de la poitrine, des organes génitaux externes, se combine avec la succion voluptueuse. Beaucoup d'enfants passent par cette voie du suçotement à la masturbation » [32].

Le plaisir de la succion indépendant des nécessités alimentaires est un plaisir **auto-érotique**. La pulsion n'est pas dirigée vers d'autres personnes ; elle se satisfait dans le corps propre de l'individu.

« L'enfant aime, à l'égal de lui-même, ce qu'on lui met à la bouche (le sein, la tétine), et, par extension (car il n'a pas acquis la notion des limites de son propre corps), la nourrice ou la mère toujours liée nécessairement au plaisir de la tétée, et à qui il est ainsi identifié. D'ailleurs tous les moments de sensation voluptueuse, le bain, la toilette, le bercement, sont liés à la présence de la mère, par la vue, le son, le toucher » [26]. Pour le bébé, la mère est associée à ces sensations de plaisir et elle devient tout entière, un objet « d'aimance ».

C'est sur le modèle de cette relation d'aimance que l'attitude vis-à-vis du monde extérieur se conformera. Dès que quelque chose intéressera l'enfant, il le portera à sa bouche. « Absorber l'objet, participer de lui, entraîne le plaisir d'« avoir », qui se confond pour le nourrisson avec le plaisir d'« être » ».

Peu à peu, l'enfant s'identifie donc à sa mère selon un premier mode de relation, qui subsistera d'ailleurs toute sa vie. C'est, selon F. Dolto, le stade oral dans sa première forme, passive.

Avec l'apparition de la dentition, l'enfant entre, toujours selon F. Dolto, dans une période orale active. La souffrance due à l'apparition des dents, demande à être soulagée par des mordillements. En conséquence, l'enfant mordra ce qu'il aura à la bouche, les objets, et aussi le sein s'il tète encore sa mère ; et « comme la morsure est sa première pulsion agressive, la façon dont elle sera permise ou non par l'objet d'amour est de toute première importance, l'apprentissage de la langue maternelle en dépend. Si on attend ce moment pour commencer le sevrage, celui-ci sera considéré comme une conséquence de l'agression, c'est-à-dire comme une punition sur le mode de la frustration » [26].

A cette période (2^{ème} semestre de sa vie), l'enfant n'est pas passif, il se manifeste. Il participe aux interactions et se montre sensible aux changements de l'entourage : il gazouille, babille, mais aussi pleure et crie, pouvant répondre à l'état de sa mère.

Une des grandes frustrations qu'il va donc devoir assumer est le sevrage. Il correspond à la première séparation physique d'avec sa mère (sans compter la naissance bien sûr). F. Dolto la nomme « **la castration orale** » dont l'effet symboligène est d'introduire l'enfant en tant que séparé de sa mère mais découvrant de nouvelles communications à l'extérieur. Une fois la mère reconnue, l'enfant peut également se percevoir comme sujet individualisé.

Le père a aussi son rôle à jouer pour permettre que cette séparation / individuation ait lieu. Il rappelle sa place, il est papa mais toujours marié avec sa femme.

« Lorsque cette étape est bien intégrée, l'enfant voit émerger le plaisir affectif, il éprouve un sentiment de plénitude, découvre le plaisir d'être séparé et relié à la mère par sa capacité d'aimer et d'être aimé. Il peut se livrer à la joie du mouvement, des apprentissages de la maîtrise progressive de son propre corps » [36].

b) Le stade anal (de 1 à 2 ans)

Le deuxième stade décrit par S. Freud est le stade anal ou encore appelé stade sadique anal, en raison des pulsions agressives qui s'y font jour.

Il recouvre approximativement la deuxième année de vie.

Pendant cette période, l'enfant acquiert de plus en plus d'autonomie psychomotrice. Il fait l'acquisition de la marche, il développe sa pensée puis le langage. Tous ces progrès permettent à l'enfant l'apprentissage d'une plus grande distance à la mère. A propos de cette séparation de l'enfant d'avec sa mère, F. Dolto parle de castration anale.

C'est aussi la période où les premiers interdits surgissent et l'enfant commence à les intérioriser.

Parmi ces acquisitions, l'apprentissage de la propreté est une phase importante de son autonomie et peut constituer une expérience positive de maîtrise de soi. Elle survient alors que l'intérêt de l'enfant se fixe sur le fonctionnement des organes d'excrétion (sans détrôner complètement la zone érogène buccale), dont il retire du plaisir auto-érotique provoqué par la **rétenion et l'expulsion**.

Selon F. Dolto, « l'enfant est parvenu à un plus grand développement neuromusculaire : la libido qui provoquait le suçotement ludique du stade oral, provoquera maintenant la rétenion ludique des fèces ou des urines » [26].

La **muqueuse ano-rectale** devient la zone érogène prédominante.

L'excitation est obtenue par l'accumulation, la pression puis l'expulsion.

La défécation est aussi un moyen de relations avec l'entourage, lien d'autant plus important qu'il vient compenser le vide laissé par le sevrage.

Alors qu'il était plutôt dans une position passive pendant l'allaitement, l'enfant commence à devoir se plier à des contraintes : faire dans le pot, manger proprement...

C'est l'occasion, pour lui, de se manifester vis-à-vis de sa mère : se soumettre et lui faire plaisir, ou bien s'opposer et exprimer son mécontentement. Selon les modes éducatifs, cela peut déboucher sur des conflits importants avec l'entourage.

C'est aussi, pour l'enfant, le moment d'expérimenter des **oppositions** telles que donner / garder, aimer / haïr, construire / détruire, propre / sale, bien / mal.

Pour les parents, c'est l'occasion d'exprimer leur attachement à des règles plus ou moins souples de conduite sociale voire morale.

C'est le moment de poser l'interdit de la détérioration, l'interdit de nuire à autrui.

Ces contraintes parentales ne visent pas seulement l'apprentissage de la propreté, mais aussi toutes les activités de l'enfant qui pourraient échapper à leur contrôle. Elles induisent une situation de dépendance et de soumission à l'adulte et, dans certains cas, des comportements de type sado-masochiste où l'enfant en vient à provoquer et à érotiser les punitions et les coups qu'il reçoit. A l'âge adulte, certains de ces comportements pervers ou teintés de sado-masochisme, peuvent se retrouver.

L'excrément a donc une valeur positive quand il représente un « cadeau » fait à la mère, avec d'autant plus de fierté qu'il répond à une attente.

Il a une valeur négative et agressive s'il ne répond pas aux exigences de la mère et qu'il la mécontente.

Le plaisir éprouvé par l'enfant dans les zones orale et anale, se retrouve dans la sexualité adulte normale (sous forme de baisers et de caresses).

c) Le stade phallique (de 2 à 4 ans)

« Dès la phase orale chez le nourrisson, on assiste à l'éveil de la zone érogène phallique, **pénis** chez le garçon, **clitoris** chez la fille. La cause occasionnelle en est peut-être l'excitation naturelle de la miction, ajoutée aux attouchements répétés des

soins de propreté » [32]. Pour F. Dolto, cette **masturbation primaire** du nourrisson est souvent « très peu marquée et cesse d'elle-même, pour ne reparaître qu'au cours de la troisième année ». Elle parle alors de **masturbation infantile secondaire**.

Pour S. Freud, à cette époque de la vie, les activités sexuelles de ces zones érogènes, qui relèvent des parties sexuelles proprement dites, « sont le point de départ de la vie sexuelle « normale » ultérieure » [32].

Comme F. Dolto, S. Freud distingue trois phases de la masturbation infantile. Nous venons de citer les deux premières. La troisième correspond à « l'onanisme de la **puberté**, qui est souvent le seul à être pris en compte ».

Pour F. Dolto, « la masturbation, qu'elle soit orale (suçage du pouce), anale (jeux de retenir ou de lâcher les excréments, de tripoter l'anus) ou génitale, tous ces jeux du 1^{er} âge sont des substituts d'une relation symbolique plus différenciée avec la mère.

En effet, les zones érogènes sont des lieux de présence et d'échange agréables avec la mère, et si l'enfant ne reçoit pas l'éducation au sens de l'éducation psychomotrice et de l'expression verbale et gestuelle de tout ce qui l'intéresse autour de lui, il est obligé de retourner à des manipulations de son corps et de ses zones érogènes ».

« L'éducation sexuelle du tout petit, à part les mots juste dits sur toutes les régions de son corps, y compris les zones érogènes, consiste à développer l'adresse des pieds, des mains, du corps, de la voix, de la bouche. Ce sont toutes les activités nécessaires à l'entretien de l'enfant, à sa nourriture, qui, en l'aidant à développer ses pulsions transférées sur des objets, évitent le retour à son corps intempestif et continu, qui est déshumanisant pour l'enfant ».

Le stade phallique est caractérisé par la période **d'affirmation de soi**.

La **curiosité sexuelle** commence, selon F. Dolto, dès avant la troisième année, en pleine période sadique anale. Elle correspond à ce que S. Freud appelle « la pulsion de savoir ou pulsion du chercheur ».

Elle vise d'abord à savoir d'où viennent les enfants. Cet intérêt est souvent éveillé par une nouvelle naissance dans la famille ou l'entourage. Le plus souvent, les parents éludent la question et parlent de choux, de cigogne, de magasin..., mais l'enfant découvre assez vite que la mère a un gros ventre avant la naissance du nouveau-né, puis qu'elle allaite. Les « pourquoi » lancinants des enfants de 4 ans qui n'écoutent même plus la réponse de l'adulte, n'apparaissent qu'après les premières réactions de

ceux-ci devant les questions directement sexuelles et la notion de « défendu » que l'enfant en a retiré

C'est à cette même période que l'enfant va élaborer des **théories sexuelles infantiles** concernant la fécondation et la naissance : conception par ingestion d'aliments, par le baiser, par l'exhibition mutuelle des organes génitaux..., naissance par la voie anale ou ombilicale...

Vient ensuite une autre question : la question de la différence des sexes. Là aussi les adultes, d'ordinaire, éludent la question.

Le petit garçon pense d'abord que toutes les personnes qu'il connaît ont un pénis. C'est par les nombreuses occasions d'observation (nécessité d'uriner dehors, jeux sexuels) que le garçon abandonnera cette certitude, mais seulement après de durs combats intérieurs. C'est ce que S. Freud appelle le **complexe de castration**. Le petit garçon craint la mutilation. De plus, il doit faire le deuil de ressembler à sa mère et, ainsi, avoir des enfants.

La petite fille « ne tombe pas dans une telle attitude de refus lorsqu'elle s'aperçoit que l'organe génital du garçon est autrement formé que le sien. Elle est immédiatement prête à l'admettre et succombe à l'envie de pénis » [32]. Ayant découvert cependant que son clitoris est le siège de sensations agréables, elle s'imagine qu'il poussera.

Ne pas avoir de pénis, pour la petite fille, est synonyme de pouvoir devenir maman, d'avoir des seins : c'est l'identification au modèle féminin.

A cette période, les petites filles jouent à la poupée en prenant un rôle maternel, tandis que les garçons ont des jeux agressifs, armés d'un bâton, ils aiment faire peur et commander. C'est l'identification au modèle masculin.

F. Dolto parle de **castration primaire** à propos de la découverte fondamentale de la différence des sexes et de leur complémentarité dans la fécondité.

d) Le stade œdipien (de 4 à 7 ans)

Les premiers stades de la sexualité infantile sont donc caractérisés par la relation duale à la mère ; son monde imaginaire est dominé par le principe de plaisir et l'illusion de la toute puissance. « Parce qu'il imagine qu'il peut tout, jusqu'à détruire ce qu'il aime, le petit enfant craint, comme une loi du talion, le retournement contre lui de son

agressivité si l'environnement ne joue pas un rôle régulateur et contenant » [36]. C'est dans ce contexte que vient prendre place pour l'enfant le personnage du père, qui compromet le caractère exclusif de son attachement à la mère, mais qui, de ce fait, « le dégage d'une relation fermée sans issue sur le monde, et, d'une certaine façon, de la toute puissante image maternelle » [36].

Le complexe d'Œdipe correspond à une attirance pour le parent de l'autre sexe et à des sentiments de haine ou de rivalité pour le parent du même sexe.

Vers 4 ans, 4 ans ½ au plus tard, selon F. Dolto, le garçon entre en lutte émotionnelle ouverte avec son père. Il joue à le tuer, essaie d'accaparer toute la tendresse de sa mère, lui dit qu'il se mariera avec elle, qu'il l'emmènera au loin, qu'ils auront des enfants. Il entre donc dans la période de l'Œdipe.

La fillette vit une période analogue. Vers 3 ans ½, 4ans, un peu plus tôt chez elle que chez le garçon, la fillette se comporte vis-à-vis de son père comme une petite amoureuse, coquette, séductrice, affectueuse et « centrant tout son intérêt libidinal sur son père. Elle se montre jalouse de lui, n'a pas de plus grande joie que de sortir seule avec lui, d'accaparer son attention, son affection. Elle lui avoue ses projets merveilleux, il sera son mari, il l'emmènera dans une belle maison et ils auront beaucoup d'enfants » [26]. L'envie de pénis, décrite chez la petite fille au stade phallique, se transforme, au stade œdipien, en désir d'enfant, qui s'adresse au père, la mère devenant alors une rivale. Ici, c'est à la mère de poser l'interdit.

De son côté, le petit garçon découvre, progressivement, qu'il n'est pas le seul objet du désir de sa mère puisqu'elle aime le père.

L'enfant, à cette période, éveille chez ses parents la fierté de le voir devenir un petit homme, une petite femme. Il doit sentir que ses approches séductrices, ses mots de tendresse sont accueillis positivement. Il doit pouvoir projeter ses élans amoureux vers le parent de chaque sexe et plus particulièrement vers le parent de sexe opposé. Il doit ressentir profondément la fierté de devenir un être sexué désirable.

Cette fantasmagie œdipienne est structurante en ce qu'elle permet une maturation de l'enfant, qui l'amènera à renoncer à ses premiers objets d'amour (la mère pour le fils, la mère puis le père pour la fille), à identifier son sexe et le rôle qui lui sera dévolu, « à s'inscrire dans une temporalité et à une place dans l'ordre des générations » [36]. C'est

donc le moment fondateur de la vie psychique où l'enfant va s'orienter vers des objets d'amour extérieurs.

Le complexe d'Œdipe est le point modal qui structure le groupe familial et la société humaine tout entière par la **prohibition de l'inceste**. Le père doit dire à son fils l'interdit de l'inceste ; c'est l'invitation du fils à la vie humaine, c'est ce que F. Dolto appelle la **castration œdipienne**.

Le père exerce donc par le détour du fantasme de castration une fonction de réalité : « Je t'interdis ta mère parce que c'est ma femme et qu'elle t'a mis au monde », et une fonction symbolique en rappelant une loi propre à l'espèce à laquelle il est également soumis : « On n'épouse ni sa mère, ni sa sœur, ni sa fille » [36].

Si le père ne joue pas son rôle, ne donne pas cet interdit, l'enfant ne peut grandir correctement.

C'est donc une période où sont présents tour à tour des sentiments positifs : affection, admiration ; et des sentiments hostiles pouvant aller jusqu'à des souhaits de mort.

e) La phase de latence (de 7 à 12 ans : la puberté)

Selon F. Dolto, l'enfant pour sortir de cette situation œdipienne (qui est à son développement maximum vers 6 ans) et pour se plier à la nature, « devra, non seulement, abandonner la rivalité, parfois haineuse, avec le parent du même sexe, mais s'identifier à lui. Il doit développer les qualités qui feront du garçon un homme, et de la fille une femme. Outre le complexe de castration, la diminution de poussée libidinale, inhérente à la phase de latence, concourra à l'aider dans ce difficile passage ».

« Ce retrait libidinal pulsionnel, net après 9 ans, apaise les conflits, même s'ils ne sont pas entièrement résolus, et jusqu'à 12 ans environ, un refoulement, qui ne manque jamais, repousse dans l'inconscient toutes les curiosités et tous les désirs sexuels qui avaient été si vifs dans la deuxième enfance » [26].

L'énergie libidinale n'a pas pour autant disparue, elle trouve des voies de substitution où elle pourra s'engager sans éveiller d'angoisse. Comme dérivatif à la rivalité œdipienne, elle s'exprime sous forme de compétition scolaire ou sportive.

La curiosité sexuelle va laisser la place au désir de savoir, d'apprendre.

Pour F. Dolto, la phase de latence est « employée à l'**acquisition des connaissances** nécessaires à la lutte pour la vie, sur tous les plans ». « Le refoulement de l'intérêt

sexuel érotique va permettre à la personnalité libérée de déployer toute son activité consciente et préconsciente à la conquête du monde extérieur » [26].

Selon J-Y Hayez, à cette époque de la vie, « les manifestations les plus directes et les plus intenses du complexe d'Œdipe s'atténuent : les rivalités physiques avec le parent du même sexe et avec les aînés se transforment en compétitions intellectuelles ou sociales ou en identifications ; l'agressivité sous sa forme la plus crue se déplace surtout dans le groupe des pairs ; les flammes amoureuses corporelles pour le parent œdipien sont assez largement freinées par la pudeur et se transforment, elles aussi, en actes socialement acceptables et en sublimations ; plus radicalement, une bonne partie de la pulsion sexuelle, directe ou sublimée, se dirige vers le monde social : c'est l'âge des amis et des copains » [47].

Pendant la période de latence, le corps est toujours très mobilisé. Les enfants de cette âge courent, se poursuivent, sautent, grimpent aux arbres, font de la bicyclette... Les filles sautent à la corde, jouent à la marelle...

Ces **activités rythmées et répétitives** sont une façon, pour l'enfant, de lutter contre la masturbation et ses fantasmes incestueux qui l'accompagnent.

Sur le plan psychoaffectif, les enfants utilisent leurs muscles pour décharger les mouvements pulsionnels agressifs ou libidinaux.

La satisfaction autoérotique se retrouve dans des activités comme le suçotement.

Pendant cette phase de latence, « le complexe d'Œdipe sera progressivement, et entièrement dissocié, et le tabou de l'inceste clairement intégré à la vie imaginaire ».

L'intériorisation des interdits parachève donc, la résolution du complexe d'Œdipe.

« Et quand arriveront chez l'enfant les émois affectifs et érotiques annonçant la puberté, et la masturbation tertiaire, au lieu de réagir comme s'il était fautif, il s'épanouira davantage, et saura sans timidité, ni gêne, conquérir sa liberté, progressivement, au jour le jour, sans réactions autopunitives » [26].

f) Le stade génital – L'adolescence

Selon S. Freud, « l'avènement de la puberté inaugure les transformations qui doivent mener la vie sexuelle infantile à sa forme normale définitive. La pulsion sexuelle était jusqu'ici essentiellement autoérotique, elle trouve à présent l'objet sexuel. Son activité provenait jusqu'ici de pulsions isolées et de zones érogènes qui, indépendamment les unes des autres, recherchaient comme unique but sexuel un certain plaisir. Maintenant, un nouveau but sexuel est donné, à la réalisation duquel toutes les pulsions partielles collaborent, tandis que les zones érogènes se subordonnent au **primat de la zone génitale** » [32].

« Le nouveau but sexuel consiste chez l'homme dans la décharge des produits sexuels ; il n'est nullement étranger au but plus ancien qui était d'atteindre le plaisir ; bien au contraire, l'apogée du plaisir est lié à cet acte terminal du processus sexuel. La pulsion sexuelle se met à présent au service de la fonction de reproduction ; elle devient pour ainsi dire altruiste » [32].

En général, la puberté commence vers 12 ans chez le garçon et vers 10 ans chez la fille. Elle se caractérise par le développement des organes génitaux, externes et internes, et par l'apparition des caractères sexuels secondaires. Tous ces changements physiques sont importants, mais la puberté et l'adolescence ne se réduisent pas à ce choc biologique.

Pour M. Rufo, « les règles, l'éjaculation sont des signes d'adolescence, mais il y en a bien d'autres. Le premier, grand pas vers une autonomie nouvelle, est l'entrée en sixième, au collège, où l'enfant est confronté à des plus grands, filles et garçons sexués, parmi lesquels il va bientôt s'intégrer, franchissant ainsi une seconde étape dans sa maturation. Dans le même temps, il découvre soudain – signe majeur de maturation – que ses parents ont vieilli et ne sont plus les héros qu'il avait imaginés... Si l'adolescence est bien un choc biologique, elle est aussi un choc intellectuel, social, familial. Un bouleversement inouï » [84].

Selon F. Dolto, au stade génital, « la **masturbation (tertiaire)** est accompagnée maintenant de fantasmes qui seront dirigés vers des objets choisis hors de la famille » [26].

Avec la puberté, la recherche sexuelle active renaît. Parallèlement, il y a une réactivation des attachements de la période œdipienne que l'adolescent veut fuir à

cause des interdits et de l'angoisse qu'elle comporte. L'aboutissement normal de l'adolescence amène donc l'individu à vouloir son autonomie en dehors de la famille.

Pour F. Dolto, « la puberté apportera avec l'apparition de l'éjaculation chez le garçon, du flux menstruel et du développement mammaire chez la fille, les éléments qui manquaient à la compréhension du rôle réciproque de l'homme et de la femme dans la conception. Il leur reste encore à apprendre à centrer leur tendresse et leurs émois sexuels sur un même être, comme au temps de leur enfance oubliée, puis d'arrêter leur choix après démythification des choix successifs et de le fixer pour la sécurité vitale des enfants qui naîtraient éventuellement d'une rencontre concertée, interhumaine, corporelle, émotionnelle et génitale réussie » [26].

A propos de la sexualité des adolescents et de l'attitude des parents à leurs égards, il semble important à M. Rufo, « de permettre aux adolescents de ne pas être obligés de raconter, cela s'inscrit dans le cadre d'une pudeur indispensable. L'adolescence est en effet un temps de secret, de découverte intime qui ne se partage pas avec les parents. C'est grâce à ce qu'il ne leur dit pas que l'adolescent se construit et acquiert véritablement son autonomie. Toutes ses difficultés, ses doutes, ses désirs, toutes ces étapes particulières sur le chemin tortueux qu'est la conquête de la sexualité, il va les intérioriser pour en faire des trésors que, pour la plupart, il ne partagera jamais avec personne, parce qu'ils sont de l'ordre de l'indicible » [84].

g) Conclusion

Le développement de la sexualité infantile se fait donc en deux temps : le 1^{er} allant du stade oral au stade œdipien, le 2^{ème} correspondant à sa réactivation à l'adolescence.

Les rapports de l'enfant avec les personnes qui le soignent sont pour lui une source continue d'excitation et de satisfaction partant des zones érogènes. Et cela d'autant plus que la personne soignante – généralement la mère – considère l'enfant avec des sentiments dérivant de sa propre vie sexuelle, le caresse, l'embrasse, le berce et le prend, tout à fait évidemment comme substitut d'un objet sexuel de plein droit. « Mais cet "ordre sexuel" imposé à l'enfant est aussi ce qui va le soutenir, véhiculer l'amour parental et le désir de vie des géniteurs pour l'enfant » [36].

Le trajet que doit accomplir l'enfant pour devenir adulte, suppose donc qu'il ait eu à sa disposition une réserve suffisante d'amour maternel et parental, de proximité au corps de sa mère, pour pouvoir, par la suite, ne cesser de se détacher : détachement du sein, reconnaissance de la mère séparée de lui-même, renoncement, à l'aide de l'image paternelle, à l'assujettissement exclusif à la mère et à la relation amoureuse au père ; à l'adolescence mise à distance d'images parentales aimées et idéalisées, jusqu'à l'âge adulte où, pour devenir géniteur à son tour, il faudra parvenir à détrôner de cette place ses propres parents.

2. Les comportements sexuels selon les âges

Nous venons de voir les différents stades du développement psychosexuel d'un point de vue psychanalytique. Pour avoir des repères plus concrets, nous allons maintenant tenter de décrire les comportements sexuels des enfants en fonction de leurs âges. Pour ce faire, nous nous baserons sur l'étude des intérêts sexuels de l'enfant réalisée par Gesell en 1949 et reprise par D. Beaune et M-J Mabire dans leur ouvrage de 1998 intitulé : « L'enfant abusé sexuellement. Du dépistage à l'intervention » [2]. Nous nous appuierons aussi, sur trois enquêtes étudiant les comportements sexuels des jeunes enfants, réalisées en 1991 et en 1998 par W.N. Friedrich aux Etats-Unis [34] [33], et en 1997 par P-J Cohen-Kettenis aux Pays-Bas [14].

- Vers 6 mois :

L'enfant commence à explorer ses organes génitaux, qu'il découvre quand on le déshabille. Ce faisant, il ignore qu'il touche son sexe, une partie de son corps comme une autre. En revanche, le tout-petit ressent à quel point c'est délicieux ! Il a noté que cette zone est « particulière » puisqu'elle ne reçoit pas de caresses identiques au reste de son corps et que les mots mis dessus et leur intonation, par la personne qui prend soin de lui, diffèrent [21].

- A 2 ans :

L'enfant distingue les garçons des filles par leur apparence vestimentaire ou leur coiffure. Il différencie les adultes par des termes généraux, et c'est par un processus de généralisation qu'il tend à appeler tous les hommes Papa et toutes les femmes Maman.

Il désigne ses organes génitaux du nom qu'il donne à la miction.

Il aime se montrer nu, regarde son sexe et le touche.

La masturbation peut-être intensive dès l'âge de 18 mois - 2 ans. C'est un comportement normal et habituel chez l'enfant jusqu'à 5 ans (selon D. Beaune et M-J Mabire) ; ou jusqu'à 6 ou 7 ans (selon M. Rufo [84]). La masturbation présente une exacerbation vers 3 ans.

- Vers 2 ans ½ :

L'enfant est conscient de ses organes génitaux. Il peut les toucher, volontairement, quand il est déshabillé.

Il faut noter cependant, que M. Rufo dans son dernier ouvrage [84] cite l'étude de deux professeurs de psychiatrie, H. Roiphe et E. Galenson (« La naissance de l'identité sexuelle », PUF, « Le fil rouge », 1987) qui ont montré, à travers l'observation approfondie de 70 enfants, que, chez l'enfant, la prise de conscience psychologique de son sexe se fait entre 15 et 19 mois.

C'est le début des intérêts pour la différence physiologique entre sexes.

L'enfant observe avec curiosité le comportement des autres aux WC ou quand ils sont dévêtus.

Il commence à poser des questions sur les seins de sa mère.

Il emploie les termes de garçon et fille, affirme verbalement son sexe et la différence par rapport au sexe opposé.

Il sait que les garçons urinent debout et adopte volontiers cette posture.

- A 3 ans :

Le petit enfant affirme verbalement son propre sexe.

Il manifeste un vif intérêt pour l'anatomie, les différences physiologiques entre les sexes et les différentes postures pour uriner. Les filles essaient d'imiter les garçons.

Il tend à parler facilement des différences qu'il constate. Il veut regarder et toucher le corps des adultes et tout particulièrement les seins de sa mère.

Il cherche à explorer le corps de sa fratrie, de ses pairs.

Les questions sur le mariage commencent. Il croit que l'on peut épouser indifféremment quelqu'un, quel que soit son sexe, et a envie d'épouser son père, sa mère ou d'autres personnes.

Les questions sur les origines sont assez superficielles et l'enfant admet des réponses simples.

- A 4 ans :

L'intérêt pour le nombril et les parties génitales est très important.

Le petit enfant a parfois des jeux exhibitionnistes (nombril, parties génitales, ...). Il peut saisir soudainement ses organes génitaux ou avoir besoin d'uriner dans les moments de tension.

Il emploie pour rire des mots se rapportant aux fonctions d'éliminations (le célèbre « caca boudin » commence même vers 2 - 3 ans) et il est très intéressé par la miction et les WC chez les autres. Paradoxalement il veut que l'on respecte son intimité. C'est le début de l'apparition de la pudeur.

Comme l'affirme M. Rouyer, psychiatre, « la pudeur est le premier moyen dont l'enfant dispose pour se prémunir des agressions, quelles qu'elles soient, et se protéger » [21].

Les questions au sujet des bébés se précisent et suscitent parfois une certaine inquiétude. Il imagine volontiers la naissance par le nombril.

- A 5 ans :

L'intérêt pour les différences anatomiques entre les sexes fléchit.

L'enfant est plus pudique et il s'adonne moins aux jeux sexuels, aux jeux exhibitionnistes ou aux WC.

Les comportements masturbatoires s'atténuent, mais l'intérêt pour la procréation subsiste.

- Entre 5 et 6 ans :

Garçons et filles se proposent couramment d'avoir des bébés entre eux et réclament un puîné à leurs parents.

- A 6 ans :

La conscience des différences de structure corporelle est marquée.

Le garçon a besoin d'affirmer sa masculinité. Il touche son pénis en geste de réassurance.

Garçons et filles procèdent à des investigations mutuelles et ils y sont parfois entraînés par des enfants plus âgés. Les jeux sexuels (le jeu du docteur par exemple) ou les jeux aux WC sont fréquents.

Les jeux sexuels :

Ils existent, environ, entre 4 et 8 ans.

En 1993, S. Lamb et M. Coakley tentèrent de définir les activités et les jeux sexuels normaux des enfants, pour les différencier des abus sexuels [64]. Pour ce faire, ils interrogèrent 300 collégiennes sur leurs souvenirs de jeux sexuels dans l'enfance. Des 128 jeunes filles qui retournèrent le questionnaire, 108, soit 85%, décrivaient une expérience de jeux sexuels dans l'enfance. L'âge moyen des sujets au temps du jeu sexuel était de 7 ans ½. Les auteurs ont montré que la brutalité et la manipulation existent dans le contexte des jeux sexuels normaux de l'enfance (comme elles existent dans les jeux non sexuels d'enfants). Quand les filles jouent avec les garçons, elles vont très vraisemblablement ressentir qu'elles ont été persuadées, manipulées, ou

forcées à une activité qu'elles trouvent désagréable. De plus, même si des expériences de contraintes peuvent encore être considérées comme des « jeux » par un enfant, et parce que l'enfant peut avoir été « intéressé » au début, il y a peu de chances que les filles puissent arrêter le jeu ou rapporter l'abus, même si le jeu sous contrainte devient abus.

Par ailleurs, ces auteurs ont établi une typologie de 5 catégories de jeux sexuels normaux entre enfants. Ce sont :

- Jouer au docteur : prétendre qu'un enfant est le docteur et l'autre enfant le patient, sert simplement de cadre dans lequel le déshabillage et l'examen du corps (particulièrement les organes génitaux) sont permis.
- Exposition : c'est l'exposition, les uns aux autres, des parties de son corps. Ici, il y a peu de prétention de jeu.
- Expériences en stimulation : ce sont des expériences dans lesquelles les enfants explorent le chatouillement du contact physique, et spécialement des organes génitaux. Elles impliquent souvent une excitation physique.
- Jeu des baisers : le principal événement consiste à s'embrasser.
- Activités sexuelles imaginaires : dans ces jeux, les enfants répètent souvent les rôles de parents, amants, patrons – employées, et même de prostituées (parfois basés sur des personnages de livres ou de télévision). Quelques-uns jouent à des jeux dans lesquels ils simulent des rapports sexuels. Ici, comme dans le jeu du docteur, les enfants semblent utiliser l'imagination simplement comme un cadre pour avoir une expérience de stimulation sexuelle. Ils créent des scènes imaginaires, élaborées pour accompagner leur jeu sexuel.

A 6 ans, les enfants disent facilement des grossièretés et réclament des explications au sujet des rapports sexuels. Les enfants s'intéressent aux douleurs de l'accouchement et au rôle du père dans la procréation. Les garçons posent des questions sur leurs testicules.

La masturbation, activité autoérotique, s'atténue.

- A 7 ans :

L'enfant s'intéresse beaucoup moins aux différences physiques.

Les expérimentations et les explorations manuelles (personnelles ou mutuelles) se font plus rares.

Il n'aime pas qu'on le touche, il ne tient pas à exposer son corps et devient prude aux WC.

Il croit parfois qu'il a été adopté.

Chez la fille, la connaissance de la cavité vaginale se situe vers 7 ans.

La motricité est primordiale, et les jeux moteurs, comportements d'équivalents masturbatoires, sont très importants.

- A 8 ans :

Les enfants manifestent encore un intérêt élevé pour les différenciations et une forte curiosité envers les autres.

Ils plaisantent et cherchent à provoquer en utilisant un vocabulaire et des jurons sexuels. Selon M. Rufo, « prononcer des gros mots procurent toujours aux enfants une grande jouissance ».

Les filles commencent à s'intéresser à la menstruation.

- A 9 ans :

L'enfant commence à échanger des renseignements sur la sexualité avec des enfants de même sexe.

Il s'intéresse aux détails des organes sexuels, à leurs fonctions et recherche des explications.

Il joue de préférence avec les enfants de même sexe, et en groupe mixte, il peut y avoir des embrassades.

Les jurons sexuels sont fréquents.

- De 10 à 12 ans :

Les comportements sexuels les plus fréquents à ces âges là, période de la puberté, sont, selon les études de W.N. Friedrich [34] [33], la volonté de l'enfant de regarder des scènes de nu à la télévision, et son grand intérêt pour l'autre sexe.

L'étude de P-J Cohen-kettenis [14], portant sur les comportements sexuels de 1023 enfants hollandais âgés de moins de 9 ans, arrive aux conclusions suivantes :

- Chez les jeunes enfants beaucoup de comportements sexuels sont très fréquents et banals, et appartiennent, par conséquent, au « développement normal ».

Il s'agit de : toucher ses organes sexuels ; aimer câliner, enlacer ; aimer le contact physique ; aimer s'asseoir sur les genoux des parents ; toucher les seins de sa mère.

- D'autres comportements, un peu moins fréquents (de 35 à 65%), sont tout aussi banals chez les jeunes enfants : s'intéresser au sexe opposé ; jouer au docteur ; aimer toucher sa propre peau ; se masturber avec la main ; poser des questions sur la sexualité ; essayer de regarder des personnes nues ; toucher les organes sexuels d'autres personnes.

- Les comportements sexuels qui ressemblent à ceux des adultes, sont assez rares chez les jeunes enfants.

Il s'agit de : essayer de déshabiller d'autres personnes ; se masturber avec un objet ; embrasser sur la bouche ; regarder des images de nus ; frotter son corps contre d'autres personnes ; dessiner des organes sexuels ; parler d'activités sexuelles ; introduire des objets dans son vagin ou dans son anus ; faire des bruits de types sexuels ; demander à avoir des activités sexuelles ; imiter des activités sexuelles avec ses poupées.

Lorsqu'un grand nombre de tels comportements sont fréquemment observés, il faut évoquer la notion d'abus sexuel comme une explication possible de ces comportements.

3. Les déterminants d'une vie sexuelle saine

Dans de nombreux articles ou entretiens, J-Y Hayez décrit les différents dynamismes, les différentes forces qui peuvent aboutir à la mise en acte, chez un enfant de 6 à 12 ans (puberté), d'une sexualité saine [47] [48] [71] [43].

Par vie sexuelle saine, il entend le développement de représentations psychiques, d'affects et d'activités concomitantes à contenu sexuel. Pour lui, une vie sexuelle saine résulte de l'implication en nombre et en proportions chaque fois variables, des dynamismes psychiques que voici :

a) La curiosité

L'enfant cherche à savoir comment son corps est fait et comment il fonctionne. Il veut aussi savoir si celui de son petit copain ou de sa petite copine est identique au sien.

Il désire savoir ce que c'est que cette fameuse sexualité dont parlent tant les grands. Il s'approprie progressivement le concept en partant des gros mots et des blagues obscènes, d'abord pas très bien compris, jusqu'aux exercices pratiques.

Il y a donc une démarche « scientifique » de recherche de connaissance du corps, de ses subtilités. Les réponses que l'enfant obtient, par ces expérimentations, contribuent à un savoir, à des acquisitions stables sur la réalité, l'identité de l'être et l'identité sexuée.

b) Le désir et le processus d'identification aux grands et aux adultes

Les enfants d'aujourd'hui sont les témoins usuels de la vie sexuelle des adultes. Non pas de celle de leurs parents (« qu'il faut toujours surprendre par le trou de la serrure »), mais, par le biais des médias (télévision, internet, journaux...), de l'espèce adulte en général, et même de Présidents d'états ! « Si le Père fait l'amour sur la place publique, ses fils, pour grandir, vont jouer à l'avance les rôles qu'ils devront tenir un jour, puis comme dans toute identification, vont avoir envie de le faire pour de vrai » [47] [48]. Parce qu'il a tant entendu parler de fellation, il est fort possible qu'un enfant de 10 -

11 ans en fasse une pour voir ce que c'est ! Il en aura tellement entendu parler que ça fera partie de ses identifications.

c) Le défi face aux règles

Les enfants ne sont pas dupes du double message des adultes d'aujourd'hui, qui leurs disent : « connaît mais ne touche pas ! La sexualité c'est chouette, mais tu es trop petit pour la pratiquer ». Et bien ils touchent, un peu pour désobéir, pour contourner l'interdiction et parce que « la transgression d'un interdit est très intéressante et excitante » [71]. « Face à ce qui reste un interdit, beaucoup d'enfants ont envie de le transgresser à l'occasion, précisément parce que c'est interdit ».

Dans un entretien avec F. Louis-Morin, J-Y Hayez affirme « qu'un être humain en bonne santé doit transgresser, de temps en temps, des interdits qui n'ont pas trop de poids » [71].

d) L'affirmation d'une puissance ressentie en soi

« S'intéresser au sexe, c'est être grand, se le prouver à soi, et le montrer aux autres ».

Les enfants dominants qui prennent l'initiative d'entraîner les autres à l'aventure, ici sexuelle, tout en finissant par respecter leur éventuel refus, se situent bien dans le cadre de cette affirmation de puissance. Ce ne sont donc pas des enfants abuseurs, même si, en cas de découverte des faits par un adulte, les autres ont tendance à se rétracter et à prétendre qu'ils ont été entraînés contre leur gré.

C'est aussi dans le contexte de l'identification aux adultes, de l'affirmation d'une « puissance-compétence », ainsi que d'une camaraderie d'aînés vers des cadets, que nous trouvons les enfants initiateurs, qui « mettent au parfum » du sexe, des ignorants ou des naïfs, de leur âge ou un peu plus jeunes (1 ou 2 ans de moins).

A l'heure d'internet, parce que leurs grands frères le font, certains enfants vont chercher des sites pornographiques sur le web parce qu'ils se sentent devenir grands !

e) L'angoisse et la culpabilité

A l'âge de l'école primaire, l'enfant présente des angoisses « normales ». Elles sont liées au simple jeu de l'imagination, qui pallie énormément les lacunes momentanées de l'intelligence et d'un bagage informatif correcte. L'enfant n'a pas encore de certitude tranquille quant à la permanence de l'objet, à l'inéluçtabilité et à la stabilité des différences sexuelles. Il va donc se livrer à des vérifications anxieuses, scientifiques, pour savoir ce qu'il en est.

Pour en savoir plus sur les intentions punitives prêtées à l'adulte, l'enfant va transgresser l'interdit, en en laissant des traces qui mènent à lui. « La punition précise qui suivra est censée être préférable à un vécu diffus de culpabilité... mais l'acte réveille de nouvelles culpabilités ».

f) La camaraderie ou l'amitié

Un jeu sexuel, c'est vraiment un jeu parfois. C'est un peu de son intimité que l'enfant va montrer ou qu'il va demander à voir chez son meilleur ami ou sa meilleur amie. Cela n'a pas encore de réelle ressemblance avec la liaison plus profonde, l'Amour et l'activité sexuelle des grands adolescents ou des adultes, mais cela peut quand même être un geste d'amitié.

Par amitié, l'enfant procède avec l'autre aux premières explorations et activités vraiment sexuelles, à la découverte des mystères et plaisirs qui y sont liés.

g) Le plaisir et l'érotisme

Le plaisir de la manipulation sexuelle, le plaisir de (se) toucher ou d'être touché, constitue également un déterminant partiel de l'activité sexuelle infantile. Et même s'il n'est pas comparable avec l'intensité des plaisirs et orgasmes éprouvés après la puberté.

S'ajoutent à ce plaisir strictement physique et local, d'autres plaisirs plus spirituels liés aux déterminants déjà évoqués : plaisir de savoir, d'expérimenter, de grandir, de défier,...

Néanmoins, la recherche de plaisir n'est qu'un but parmi d'autres ; « il n'existe pas comme dans la perversion, un culte raffiné et quasi-exclusif de l'érotisme ».

Quand nous mettons ensemble tous ces éléments, que nous ajoutons qu'un enfant a son corps, génétiquement équipé d'une façon différente de son voisin, qu'il a donc aussi des besoins physiologiques (excitabilité et sensibilité sexuelle différentes), nous voyons qu'il y a une place pour tout un développement et une pratique d'une sexualité de masturbation, de petits jeux sexuels, de touchers de comparaison et d'exploration, qui est saine.

4. L'éducation sexuelle

M. Dollander et C de Tychev, posent en 2001, à partir d'une revue de la littérature d'orientation psychanalytique, la nécessité d'une éducation sexuelle des enfants [23].

La castration primaire, comme nous l'avons vu précédemment, est décrite par F. Dolto comme « la découverte par l'enfant de son sexe et de ce qu'il n'appartient qu'à ce sexe. C'est en même temps la découverte de la différence sexuelle entre filles et garçons ; c'est la première vision claire pour un garçon de la bizarrerie du sexe d'une fille, de même que, la première observation claire vers 3 ans pour une fille du sexe d'un garçon ». Elle s'effectue à l'entrée dans le stade phallique et constitue pour l'éducateur comme pour l'enfant une étape qui peut être difficile à négocier. Dès lors en effet, toute la vie mentale de l'enfant sera polarisée par ce qui a trait aux différences entre filles et garçons, puis par ses désirs œdipiens et la sexualité au sens large.

Les auteurs rappellent, en citant M. Soulé, que très vite la nécessité d'apporter une éducation sexuelle aux enfants s'est imposée à S. Freud. Les deux raisons qui ont motivé son choix sont :

- « La formation de symptômes dans les névroses des adultes ou des enfants est souvent liée à des fantasmes concernant les conduites sexuelles qu'il paraît nécessaire de désamorcer en fournissant à l'enfant une information sexuelle véridique ».

- « La tendance à l'information prophylactique repose également sur la notion de traumatisme psychique. On pense que l'enfant est d'autant plus en danger qu'il est ignorant, d'où l'urgente nécessité de l'informer sur la sexualité ».

S. Bernfeld, cité aussi par les auteurs, pense, déjà en 1927, que l'éducation sexuelle doit absolument être donnée très tôt : « d'une façon générale, les enfants se mettent à construire leurs théories vers l'âge de 3 - 4 ans. C'est aussi l'époque à laquelle ils commencent à poser des questions. Il est évident que l'information sexuelle, pour avoir une quelconque efficacité, doit débiter à cet âge là. Et pourtant, elle vient toujours trop tard d'une certaine manière. Car l'enfant pose des questions, du moins avec insistance et intérêt, seulement après s'être déjà forgé sa propre théorie, au moment où il se heurte à une difficulté nouvelle ou ressent le besoin qu'on lui confirme certaines choses. C'est une maxime bien fondée de la pédagogie qu'il faut attendre le moment où les enfants manifestent de l'intérêt pour ces questions ».

F. Dolto note que la difficulté à fournir une information sexuelle tient toujours à l'histoire de l'éducateur et aux tabous qu'il a intériorisés en ce domaine : « les adultes sont très souvent eux-mêmes marqués par leur enfance et leur propre manque d'information durant leur enfance... De là vient sans doute, de père en fils, de mère en fille, l'impossible information donnée par les parents aux enfants qui pourtant attendent tout de leurs explications ». Dans les cas les plus extrêmes, ces tabous et les angoisses qu'ils génèrent sont tellement forts que l'adulte sera incapable de répondre aux questions de l'enfant relative à cette sphère. Dans ce contexte, F. Dolto conseille à l'adulte d'orienter l'enfant vers un membre de l'environnement proche susceptible de le renseigner.

F. Dolto, en 1978, dans le tome 2 de « Lorsque l'enfant paraît » [2], pose les bases fondamentales de l'éducation sexuelle. Celle-ci doit s'articuler à deux moments clés du développement : la découverte de la différence des sexes et l'entrée dans le complexe d'Œdipe.

Le parent doit d'abord donner la castration primaire à l'enfant, c'est-à-dire qu'il doit lui signifier les interdits à intérioriser par rapport à la réalisation de certains de ses désirs. Ceci est une première étape d'ancrage, de construction de l'identité sexuelle de l'enfant dans la mesure où elle va lui enlever l'illusion perverse reposant sur le déni de la différence visant à la gommer pour pouvoir changer de sexe.

F. Dolto suggère en premier lieu aux adultes, interpellés sur la différence des sexes par l'enfant, d'éviter les signifiants à caractère infantile pour désigner les organes anatomiques venant fonder cette différence. Elle préconise d'utiliser les vrais mots, à savoir « verge » ou « pénis » pour le garçon et « vulve » et « vagin » pour la fille.

Il est aussi essentiel pour elle, au départ de l'éducation sexuelle, de signifier aux enfants des deux sexes les caractéristiques positives de cette différence. En ce sens qu'elle est à l'origine du désir de chaque sexe pour l'autre afin de combler ses propres manques dans une relation de complémentarité : « la différence fonde l'attrait : chercher à plaire à l'autre sexe, en complément à notre manque, mais pas à ses parents ou à ses frères et sœurs ». Elle introduit ici, l'importance de poser l'interdit de l'inceste, dont nous reparlerons plus loin.

Il est aussi important pour F. Dolto, en même temps que l'adulte aborde la question de la différence des sexes, qu'il parle de leur complémentarité pour la procréation. Il faut enseigner aux enfants, en même temps : « que les femmes n'ont pas de pénis mais qu'elles auront des bébés », et « qu'une femme ne peut avoir d'enfant qu'à condition qu'un homme, le père de l'enfant donne à la femme, dans l'union sexuelle la possibilité de concevoir. C'est à ce moment là qu'il doit être révélé en paroles, que le père et la mère sont autant impliqués et responsables l'un que l'autre de la fécondité ; c'est-à-dire de la conception de l'enfant ».

Cette réponse claire permet aussi d'introduire l'enfant aux notions de désir et de plaisir dans la sexualité : « elle ouvre la voie aux dires véridiques de l'adulte sur le plaisir sexuel qui n'est pas forcément au service de la fécondité ».

F. Dolto définit par ailleurs les conditions requises pour que la différence des sexes puisse être symbolisée en termes d'attractivité et fonder un narcissisme génital solide, c'est-à-dire une perception positive de soi-même en tant qu'être sexué. La qualité de l'harmonie (sexuelle) du couple parental dans la réalité de son fonctionnement est, à ses yeux, décisive. Elle affirme en effet : « être fier de son sexe de garçon n'est possible que si le père, dans la vie de la famille, a sa place d'homme désiré par la mère. De même pour la fille dans son rapport à la mère, qui ne peut être fière de son sexe de fille que si la mère a, dans la vie réelle de la famille, sa place de femme désirée par le père ».

Dans un deuxième temps, parallèlement à la castration primaire, le parent doit poser l'interdit de l'inceste, et dès le passage de l'enfant dans la phase œdipienne de son développement. F. Dolto l'affirme avec force [25] : « la seule éducation sexuelle vraie, c'est l'interdit de l'inceste. Et forcément quand il y a à la fois interdit et liberté de connaître tout – ce qui est très bien –, les enfants vont vers ceux de l'autre sexe et se défendent de l'intérêt sexuel pour les parents, et les frères et sœurs ».

J-Y Hayez [47] précise en outre, que cet interdit porte aussi sur la sexualité entre adultes et enfants (hors secteur familial) qui, quand elle se réalise, signe un fonctionnement pervers en termes de déni des différences de génération. Il pose qu'adultes et enfants doivent « savoir et admettre que l'inceste et la violence sexuelle sont interdits ».

Pour M. Soulé, l'information sexuelle ne serait pas achevée si l'adulte omettait de signifier à l'enfant les déviations de la vie sexuelle associées aux ratés identificatoires de la phase phallique œdipienne et reposant sur un déni de la réalité biologique de la différence anatomique entre les sexes : « l'information sexuelle d'un enfant n'est pas complète si ses parents n'ont pas évoqué les anomalies mêmes de la vie sexuelle avec lesquelles il risque de se trouver confronté inopinément : homosexualité, pédophilie, exhibitionnisme. Une exacte information en ce domaine semble la meilleure façon d'apaiser une curiosité toujours mauvaise conseillère ».

Comme le rappellent M. Dollander et C de Tychev [23], « donner l'ensemble de ces informations le plus tôt possible semble constituer la position partagée par la plupart des auteurs dans ce champ ». Ainsi H. Linard conclut-il : « donner l'interdit de l'inceste très tôt permettrait aux enfants de se défendre contre les éventuelles séductions des adultes » [70].

C. LES ASSISTANTES MATERNELLES AGREEES A TITRE NON PERMANENT

1. Définition

« Les assistantes maternelles sont des personnes autorisées à accueillir habituellement à leur domicile, moyennant rémunération, des mineurs qui leur sont confiés soit par des particuliers, soit par des personnes morales. » [27]

Il existe deux types d'accueil :

- L'accueil à titre non permanent concerne les assistantes maternelles accueillant des mineurs confiés par leurs parents pendant leurs heures de travail.
- L'accueil à titre permanent concerne les assistantes maternelles accueillant des mineurs confiés par un service dans le cadre d'un placement familial.

Pour notre travail, nous nous intéresserons exclusivement aux assistantes maternelles agréées à titre non permanent.

Il faut noter que la législation utilise les termes d'assistante et d'assistant maternels. En effet quelques hommes exercent cette profession. Parce qu'ils sont une toute petite minorité et pour des raisons de commodités, nous emploierons systématiquement la forme au féminin.

2. Historique

De tout temps, des femmes ont accepté d'élever des enfants qui n'étaient pas les leurs. Autrefois appelées nourrices, elles ont ensuite été appelées gardiennes. Mais aucun de ces deux termes ne peut être retenu aujourd'hui où l'assistante maternelle assure beaucoup plus que les simples fonctions de nourrissement et de gardiennage [54].

Depuis plusieurs décennies, le travail des femmes a entraîné une demande croissante pour la garde des jeunes enfants.

Il fallait trouver un statut pour celles qui se proposaient de recevoir ces enfants à leur domicile pendant les heures de travail des parents. Ce fut la première loi du 17 mai 1977 [59] qui jeta les bases de ce statut professionnel et leur attribua un nouveau nom : **assistante maternelle**.

La loi du 17 mai 1977 les a donc dotées d'un statut en insérant dans le Code du travail, le Code de la santé publique et le Code de la famille et de l'aide sociale, des articles encadrant les conditions d'exercice de cette activité et définissant les droits financiers et sociaux, ouvrant la voie à une réelle professionnalisation de l'activité d'accueil d'enfants à domicile. Mais des adaptations sont apparues nécessaires. En conséquence, la loi du 12 juillet 1992 [57] rénove le cadre juridique de la profession en apportant des modifications dans quatre domaines dans lesquels le statut de 1977 s'est révélé dépassé ou insuffisant : l'agrément, la rémunération, la formation, l'intégration des assistantes maternelles dans le dispositif d'accueil de la petite enfance [27].

3. Quelques chiffres

Le recours à une assistante maternelle est aujourd'hui le premier mode d'accueil de la petite enfance. Plus encore qu'en 1992, l'accueil par des assistantes maternelles constitue un service aux familles et à l'enfance indispensable et recherché.

Ainsi, sur le plan national [80], 740.000 enfants de moins de six ans, dont près de 500.000 de moins de trois ans, sont aujourd'hui accueillis par près de 300.000 assistantes maternelles à titre non permanent, soit plus du double qu'il y a dix ans (en 1992 : plus de 250.000 enfants de moins de trois ans, dont les parents travaillaient, étaient accueillis par 140.000 assistantes maternelles indépendantes et 30 000 rattachées à une crèche familiale [27]).

En Loire-Atlantique le service de PMI, responsable de l'agrément des assistantes maternelles sous l'autorité du Président du Conseil Général, note la même évolution puisque le nombre d'assistantes maternelles agréées à titre non permanent a presque doublé en onze ans. Depuis la nouvelle loi du 12 juillet 1992, le nombre d'assistantes maternelles agréées à titre non permanent augmente chaque année [annexe 1]. Au 1er janvier 2004, le département de Loire-Atlantique comptait **12 319** assistantes maternelles agréées à titre non permanent.

En 2003, le service de PMI de Loire-Atlantique a délivré 4949 agréments à titre non permanent qui se répartissent de la façon suivante :

- nombre de nouveaux agréments : 1294
- nombre d'agréments renouvelés : 1857
- nombre d'agréments modifiés : 1798

Dans la même période, le service de PMI a supprimé 1019 agréments (annulations demandées par les assistantes maternelles elles-mêmes) et en a retiré 21 [6].

4. Le statut professionnel

Malgré l'hétérogénéité de la profession, un statut unique des assistantes maternelles est maintenu. L'étendue des responsabilités assumées est en effet sensiblement différente selon la nature des employeurs.

On peut distinguer deux catégories d'assistantes maternelles agréées à titre non permanent en fonction de leur employeur :

- les assistantes maternelles employées directement par des particuliers (les plus nombreuses et dites indépendantes),
- les assistantes maternelles employées par une crèche familiale (elles sont 367 en Loire-Atlantique). Ces crèches familiales sont gérées par des personnes morales de droit public (communes) ou de droit privé (comité d'entreprise, association, Caisse d'Allocations Familiales...).

Pour faire partie d'une crèche familiale, l'assistante maternelle doit d'abord être agréée par le Président du Conseil Général, elle peut ensuite faire acte de candidature et être embauchée par l'une d'elles.

a) Les différentes modalités d'accueil

Dans les deux cas, les assistantes maternelles exercent à leur domicile et accueillent des enfants pendant les heures de travail de leurs parents.

- Les assistantes maternelles indépendantes

Elles accueillent donc des enfants à leur domicile. Elles sont directement employées et rémunérées par des particuliers et ont autant d'employeurs que de familles d'enfants différentes.

- La crèche familiale

La crèche familiale est un regroupement d'assistantes maternelles travaillant pour une collectivité territoriale (mairie) ou pour une association.

Ces assistantes maternelles accueillent aussi des enfants à leur domicile pendant les horaires de travail de leurs parents, mais elles sont encadrées par des professionnels de la petite enfance qui assurent une médiation des rapports avec les parents. Elles travaillent donc chez elles, mais elles ont des temps où elles se retrouvent entre elles, avec les enfants accueillis et où un encadrement, par une puéricultrice et/ou une éducatrice de jeunes enfants, leur est garanti.

Elles bénéficient d'une formation continue organisée par la crèche familiale.

b) Les Relais Assistantes Maternelles et les associations

- Les Relais Assistantes Maternelles (RAM)

Le RAM est un lieu ressource, d'information, d'échange et d'accompagnement au service des assistantes maternelles et des parents pour l'accueil des jeunes enfants.

Il a pour fonction :

- de coordonner le recensement de l'offre et de la demande d'accueil ;

- d'aider les parents dans leur recherche d'une assistante maternelle agréée et dans leur fonction d'employeurs ;
- d'informer les assistantes maternelles sur leur statut ;
- de conseiller et d'accompagner les assistantes maternelles dans l'exercice de leur activité professionnelle ;
- de rechercher une harmonisation des pratiques (contrats, tarifs...) ;
- de susciter et promouvoir la formation des assistantes maternelles.

L'agrément du RAM est délivré par la Caisse d'Allocations Familiales.

En Loire-Atlantique, il ne peut être créé que par une collectivité territoriale.

La fréquentation du RAM se fait sur la base du volontariat aussi bien pour les assistantes maternelles que pour les parents.

Le RAM doit rester neutre vis-à-vis des institutions et des usagers. La gratuité du service offert par celui-ci pour les usagers est préconisée.

Les partenaires des RAM sont la Caisse d'Allocations Familiales et le Conseil Général. Leur mission est d'améliorer la qualité de l'accueil des jeunes enfants à domicile. Ils ont des engagements financiers et techniques.

En Loire-Atlantique, 9108 assistantes maternelles sont concernées par les RAM.

- Les associations d'assistantes maternelles

Certaines assistantes maternelles s'organisent en association. Le département de Loire-Atlantique en compte 33. Ces associations ont pour but de regrouper des assistantes maternelles, afin de promouvoir et coordonner toutes les initiatives susceptibles d'améliorer les conditions d'accueil des enfants confiés aux assistantes maternelles.

Dans cet esprit, les associations proposent :

- l'organisation de conférences, de formations continues, de débats avec intervenants qualifiés sur le thème de l'enfance et de la petite enfance, afin d'approfondir les connaissances concernant la profession d'assistante maternelle ;
- de traiter en commun les problèmes de la profession ;
- d'harmoniser tarifs et contrats ;
- d'échanger les connaissances et informations.

c) L'accès à la profession

Le bénéfice du statut professionnel d'assistante maternelle suppose la réunion de deux conditions :

- la délivrance d'un agrément
- la souscription d'une assurance en responsabilité civile.

→ L'agrément

❖ Le caractère obligatoire de l'agrément

Pour pouvoir accueillir habituellement des enfants mineurs moyennant rémunération, l'agrément est obligatoire. Il relève du Président du Conseil Général, au titre de la protection maternelle et infantile (PMI), qui en assure l'organisation et le financement.

La loi du 12 juillet 1992 [57] fixe l'obligation et les modalités de l'agrément.

L'article 123-1 du code de la famille et de l'aide sociale [57] est ainsi rédigé :

« La personne qui accueille habituellement des mineurs à son domicile, moyennant rémunération, doit être préalablement agréée comme assistante maternelle par le président du Conseil Général du département où elle réside.

L'agrément est accordé pour une durée fixée par voie réglementaire si les conditions d'accueil garantissent la santé, la sécurité et l'épanouissement des mineurs accueillis ;

il précise le caractère permanent ou non de l'accueil, le nombre et l'âge des mineurs susceptibles d'être accueillis par l'assistante maternelle ainsi que, le cas échéant, les horaires de l'accueil. Le nombre de mineurs accueillis ne peut être supérieur à trois, sauf dérogation accordée par le président du Conseil Général.

Le renouvellement de l'agrément est subordonné à la justification de la formation. »

La loi du 12 juillet 1992 organise aussi la procédure applicable aux personnes exerçant cette activité sans agrément. La personne qui accueille habituellement à son domicile des mineurs moyennant rémunération, sans avoir préalablement obtenu l'agrément et dont la situation est signalée au Président du Conseil Général, est mise en demeure par celui-ci de présenter une demande d'agrément dans un délai de quinze jours. Le ou les employeurs de cette personne sont informés de cette mise en demeure par le Président du Conseil Général. Cette personne, si elle ne régularise pas sa situation, ainsi que ses employeurs sont passibles de sanctions pénales.

❖ *Les dispenses d'agrément*

Demeurent dispensées de l'agrément les personnes [27] :

- ayant un lien de parenté ou d'alliance jusqu'au sixième degré inclus (cousins issus de germains) avec le mineur, sauf si le placement de l'enfant est consécutif à l'intervention d'une personne morale de droit public ou de droit privé ;
- dignes de confiance, auxquelles des enfants sont confiés en vertu de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante [78] et de l'article 375-3 du Code civil, inséré dans la section consacrée à l'assistance éducative, prévoyant que « *s'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier (...) à un tiers digne de confiance* » ;
- accueillant des mineurs exclusivement à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels et des loisirs.

❖ *Les conditions d'agrément*

La loi du 12 juillet 1992 précise, comme cité ci-dessus, que l'agrément est accordé si les conditions d'accueil garantissent la santé, la sécurité et l'épanouissement des mineurs accueillis.

Les éléments pris en compte pour l'instruction de la demande sont définis par le décret du 29 septembre 1992 [62] et notamment l'article 2 :

« *Pour obtenir l'agrément, la candidate ou le candidat doit :*

- *Présenter les garanties nécessaires pour accueillir des mineurs dans des conditions propres à assurer leur développement physique, intellectuel et affectif.*
- *Passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs.*

L'arrêté du 28 octobre 1992 [61] fixe les conditions de cet examen médical.

Art.1^{er} : « *L'examen médical préalable à l'agrément d'assistante ou assistant maternel vise à s'assurer que l'intéressé n'est atteint d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice de ses fonctions. »*

Art.2 : « *L'examen médical comprendra nécessairement le contrôle des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose.*

Au cas où le calendrier vaccinal n'a pas été respecté, la mise à jour sera effectuée. »

Art. 3 : *Le directeur général de la santé et le directeur de l'action sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française. »*

- *Disposer d'un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement permettent d'assurer le bien-être physique et la sécurité des mineurs*

compte tenu du nombre et de l'âge de ceux pour lesquels l'agrément est demandé. »

Par ailleurs, il est exigé que l'âge des mineurs accueillis soit inférieur de dix ans au moins à celui de la candidate.

❖ *La demande*

La demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément se fait sur un formulaire unique, national. Elle précise le caractère permanent ou non permanent de l'accueil envisagé, et dans ce dernier cas, s'il s'agit d'un accueil à la journée, en dehors des heures d'école ou en horaires particuliers. La demande doit préciser aussi le nombre de mineurs pour lesquels l'agrément est demandé.

Une fois remplie et accompagnée du certificat médical [annexe 2] délivré à l'issue de l'examen médical que la candidate doit passer, la demande doit être adressée, par lettre recommandée avec accusé de réception, au Président du Conseil Général du département de résidence de l'intéressée.

❖ *L'instruction*

Les services départementaux de PMI, sous l'autorité du Président du Conseil Général, demeurent chargés de l'instruction des demandes d'agrément. Pour réunir les éléments d'appréciation relatifs aux conditions d'agrément, le Président du Conseil Général peut faire appel aux assistantes sociales et aux puéricultrices des services de l'action médico-sociale du département ou au concours de personnes morales de droit public ou privé ayant conclu à cet effet une convention avec le département (le plus souvent ce sont des assistantes sociales ou des puéricultrices).

Pour un accueil de mineurs à titre non permanent, la décision du Président du Conseil Général doit être notifiée dans un délai de trois mois à compter de la date de l'avis de réception postal ou du récépissé de la demande d'agrément.

A défaut de notification d'une décision à l'issue de ce délai, l'agrément est réputé acquis.

❖ *La décision*

Tout refus d'agrément ou de renouvellement doit faire l'objet d'une notification par lettre recommandée avec accusé de réception. Le refus d'agrément doit être dûment motivé et est susceptible d'un recours.

Lorsqu'il est obtenu, l'agrément constitue une autorisation personnelle et révocable d'accueillir des mineurs à domicile moyennant rémunération. Il n'équivaut pas à une qualification professionnelle.

La décision accordant l'agrément précise :

- le caractère permanent ou non de l'accueil,
- le nombre et l'âge des mineurs susceptibles d'être accueillis par l'assistante maternelle, les modalités de leurs accueils.

Dans le souci de garantir la qualité de l'accueil, est introduite une limitation du nombre d'enfants accueillis par une assistante maternelle. Le nombre de mineurs accueillis ne peut-être supérieur à **trois**, sauf dérogation par décision expresse du Président du Conseil Général.

❖ *La durée de l'agrément*

L'article 8 du décret du 29 septembre 1992 fixe la durée de l'agrément et de son renouvellement. « *L'agrément ou le renouvellement d'agrément est accordé pour une durée de **cinq ans**. Cette durée peut être inférieure lorsque le président du Conseil Général accorde une dérogation pour l'accueil d'un nombre d'enfants supérieurs à trois.* »

Toute assistante maternelle qui souhaite renouveler son agrément doit en faire la demande auprès du Président du Conseil Général, trois mois avant la date d'échéance de celui-ci. Le premier renouvellement de l'agrément est subordonné à la justification du suivi de la formation minimale obligatoire.

Lorsque le Président du Conseil Général envisage de ne pas renouveler l'agrément, il doit saisir la commission consultative paritaire départementale (CCPD).

❖ *Modification, retrait et suspension*

Si les conditions de l'agrément cessent d'être remplies, le Président du Conseil Général peut :

- soit modifier le contenu de l'agrément en y apportant une restriction ;
- soit procéder à son retrait.

Dans ces deux cas il doit saisir la CCPD et recueillir son avis avant de notifier sa décision. Toute décision de retrait de l'agrément ou de modification de son contenu doit être dûment motivée.

En cas d'urgence, le Président du Conseil Général peut suspendre l'agrément. La décision de suspension d'agrément, dûment motivée, doit fixer la durée pour laquelle elle est prise, en aucun cas elle ne peut excéder une période de **trois mois**.

Le Président du Conseil Général est tenu d'informer sans délai la CCPD de toute décision de suspension d'agrément.

Les décisions de refus, retrait, suspension ou modification d'agrément peuvent être contestées. Un recours gracieux peut être exercé auprès du Président du Conseil Général qui dispose d'un délai de quatre mois pour faire connaître sa décision : l'absence de réponse au terme de ce délai équivaut à un rejet. L'intéressée dispose alors d'un délai de deux mois pour introduire un recours contentieux auprès du tribunal administratif selon la procédure de droit commun [27].

❖ *La commission consultative paritaire départementale (CCPD)*

La CCPD, présidée par le Président du Conseil Général ou son représentant, est composée, en nombre égal, de représentants du département et de la profession d'assistante maternelle élus par leurs pairs. Elle a constitué une structure nouvelle instituée par la loi du 12 juillet 1992 [57]. Sa composition, ses attributions et ses modalités de fonctionnement sont précisées par le décret du 29 septembre 1992 [62].

La commission est chargée de donner son avis préalablement à la décision du Président du Conseil Général qui envisage :

- de retirer un agrément ;

- d'apporter une restriction à un agrément ;
- de ne pas renouveler un agrément.

La commission est saisie par le Président du Conseil Général qui lui indique les motifs de la décision envisagée.

L'assistante maternelle concernée est informée quinze jours au moins avant la date de la réunion de la commission, par lettre recommandée avec accusé de réception, des motifs de la décision envisagée à son encontre et de la possibilité de présenter devant la commission ses observations écrites ou orales. Elle peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix. La commission délibère hors de la présence de l'intéressée et de la personne qui l'assiste.

Outre son rôle consultatif, la commission est :

- informée sans délai de toute décision de suspension d'agrément ;
- consultée chaque année sur le bilan de fonctionnement de l'agrément ainsi que sur le programme de formation des assistantes maternelles.

Le mandat des membres de la commission est d'une durée de six ans renouvelable.

La commission se réunit sur convocation de son président et au moins une fois par an. Elle émet ses avis à la majorité des membres présents : en cas de partage égal des voix, celle du Président est prépondérante.

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont connaissance en cette qualité.

→ Une assurance en responsabilité civile

Avant d'accueillir des mineurs à son domicile, l'assistante maternelle agréée doit être couverte par une assurance en responsabilité civile.

Les assistantes maternelles employées par des particuliers doivent obligatoirement s'assurer pour les dommages que les enfants gardés pourraient provoquer et pour ceux dont ils pourraient être victimes. Leurs employeurs sont tenus, avant de confier un enfant, de vérifier qu'elles ont bien satisfait à cette obligation.

Les assistantes maternelles employées par des personnes morales sont obligatoirement couvertes contre les mêmes risques par ces personnes morales employeurs.

L'importance accordée à cette assurance tient à l'étendue de la responsabilité encourue par l'assistante maternelle vis-à-vis de l'enfant confié. Les assistantes maternelles ont non seulement une obligation de prudence et de surveillance, mais aussi une obligation de sécurité qui s'analyse comme une véritable obligation de résultat. Elles sont responsables de tout dommage subi ou causé par le mineur sans qu'il y ait lieu de rechercher l'existence d'une faute.

Lorsque l'assistante maternelle est employée par une personne morale de droit public telle qu'une collectivité locale, son manquement au devoir de surveillance vis-à-vis d'un enfant entraîne la responsabilité du service qui lui en a confié la garde.

d) L'exercice de la profession

- Le contrat de travail

La loi du 12 juillet 1992 ne fait pas obligation aux parents et à l'assistante maternelle d'établir et de signer par écrit un contrat de travail, mais cela est préférable pour éviter les contestations et conflits ultérieurs [54].

Il est donc fortement recommandé de conclure un contrat de travail entre l'assistante maternelle et son employeur, qu'il soit un particulier ou une personne morale de droit public ou privé.

Le contrat de travail est librement déterminé par les deux parties. Il précise, généralement, la durée et les modalités de l'accueil, les soins à donner à l'enfant, le montant et la date de versement du salaire, les indemnités d'entretien...

Le Conseil Général de Loire-Atlantique a établi un modèle de contrat de travail qui est remis à chaque assistante maternelle lors de son agrément.

Lorsque l'employeur est un particulier, l'assistante maternelle a droit, sauf motif grave, à un préavis de quinze jours avant le retrait d'un enfant qui lui était confié.

Dans les mêmes conditions d'emploi, la décision de l'assistante maternelle de ne plus garder un enfant qui lui était confié depuis au moins trois mois est subordonnée à un préavis de quinze jours.

- Les conditions de travail

La spécificité de la profession des assistantes maternelles affecte leurs conditions de travail et notamment en matière d'horaire de travail.

En effet, les assistantes maternelles exercent leur activité professionnelle à leur domicile, ce qui n'est pas toujours évident. **Tout d'abord en raison de l'imbrication de la vie familiale et de la vie professionnelle, (cette notion est encore mal comprise par le public qui pense souvent que les assistantes maternelles ne travaillent pas vraiment puisqu'elles sont chez elles !) mais aussi en raison de l'isolement que cela entraîne.**

Par ailleurs, les assistantes maternelles sont de plus en plus sollicitées par les demandes atypiques des parents en terme d'horaires. En effet, certaines assistantes maternelles se retrouvent à accueillir des enfants très tôt le matin jusqu'à tard le soir. Il leur est donc d'autant plus difficile dans ces conditions de poser les limites entre leur vie privée et leur vie professionnelle.

- La formation professionnelle

La loi du 17 mai 1977 avait reconnu aux assistantes maternelles un droit à la formation professionnelle mais cette formation ne présentait pas un caractère obligatoire pour les intéressées [27].

La loi du 12 juillet 1992 [57], précisée par le décret du 27 novembre 1992 [60], impose à chaque assistante maternelle de suivre, postérieurement à son agrément, une formation obligatoire dont les modalités varient selon que l'assistante maternelle est agréée pour l'accueil à titre permanent ou pour l'accueil à titre non permanent.

L'organisation et le financement de la formation des assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent relève du département, au titre de la PMI. Le département a cependant la possibilité de déléguer la gestion de cette activité, par voie de convention, à d'autres collectivités publiques ou à des personnes morales de droit privé à but non lucratif, agréées par la DRASS comme organisme formateur.

Le département doit organiser et financer, durant le temps de formation, l'accueil des enfants confiés aux assistantes maternelles. Pendant les périodes de formation, la rémunération de l'assistante maternelle reste due par l'employeur.

L'article L. 149-1 du Code de la santé publique, créé lors de la loi du 12 juillet 1992, fixe la durée de cette formation.

*« Dans un délai de **cinq ans** suivant son agrément pour l'accueil de mineurs à titre non permanent, toute assistante maternelle doit suivre, à raison d'une durée minimale de **soixante heures**, dont vingt au cours des deux premières années, les actions de formation prévues. »*

Les actions de formation des assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent sont destinées à les aider dans leurs tâches éducatives.

L'article 4 du décret du 27 novembre 1992 [60] fixe le contenu de ces heures de formation.

« La formation de 60 heures prévue à l'article L. 149-1 du Code de la santé publique organisée et financée par le département doit contribuer à l'amélioration des connaissances des assistantes et assistants maternels agréés pour l'accueil de mineurs à titre non permanent dans quatre domaines :

- le développement, les rythmes et les besoins de l'enfant ;*
- la relation avec les parents au sujet de l'enfant ;*
- les aspects éducatifs de l'accueil de l'enfant et le rôle de l'assistante maternelle ;*
- le cadre institutionnel et social de l'accueil de la petite enfance. »*

Une attestation est remise par l'organisme de formation agréé, ou par le Président du Conseil Général du département assurant la formation, à toute assistante maternelle ayant achevé cette formation.

Sont dispensées de suivre la formation les assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent :

- ayant suivi la formation minimale de 120 heures imposées aux assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre permanent ;
- ou titulaires d'un diplôme sanctionnant au moins deux années d'études post-secondaires dans le domaine de la petite enfance.

Il faut noter que, pour le moment, le service de PMI du département de Loire-Atlantique n'est pas en mesure d'offrir les 60 heures de formation obligatoire, dans les 5 premières

années de l'agrément, à toutes les assistantes maternelles agréées à titre non permanent, compte tenu de leur nombre. A l'heure actuelle, certaines de ces assistantes maternelles bénéficient de 36 à 40 heures de formation. Pour être en accord avec la loi et organiser les 60 heures de formation obligatoire pour chaque nouvelle assistante maternelle, le service de PMI du département devrait assurer 77640 heures de formation par an ! Ce nombre impressionnant d'heures de formation demanderait un personnel et une organisation beaucoup plus importante.

Toutefois, le service de PMI du département a instauré une demi-journée de formation initiale le samedi matin, pour préciser leurs responsabilités à **toutes** les assistantes maternelles nouvellement agréées. Lors de cette formation, les assistantes maternelles sont sensibilisées à la question des abus sexuels.

5. Le nouveau projet de loi relatif aux assistantes maternelles [80]

Si la loi du 12 juillet 1992 relative aux assistantes maternelles [57] a constitué, en son temps, une amélioration sensible du statut des assistantes maternelles défini par la loi du 17 mai 1977, de nombreux progrès restent à faire afin de renforcer leur professionnalisation, leur reconnaissance au sein des dispositifs de protection de l'enfance et d'accueil des jeunes enfants, et enfin leurs conditions de travail.

Un nouveau projet de loi est donc actuellement à l'étude par le gouvernement pour améliorer ces différents points.

Il a un double objectif :

- d'une part, il a pour vocation de mettre en œuvre les conditions d'une plus grande qualité des soins apportés aux enfants accueillis par une meilleure intégration professionnelle des accueillantes ;
- d'autre part, le projet vise à améliorer le statut de ces professionnelles, en le faisant converger vers le droit commun, afin de rendre ce métier plus attractif et de répondre dans les années à venir à la demande d'accueil.

Les principales modifications prévues par ce projet de loi sont :

- concernant l'agrément des assistantes maternelles : Il est envisagé qu'il soit accordé, non seulement si les conditions d'accueil permettent d'assurer la santé, la sécurité et l'épanouissement des enfants accueillis, mais aussi après évaluation des capacités éducatives des candidates, afin de valoriser la dimension éducative du métier.
- Concernant la formation initiale obligatoire des assistantes maternelles : Il est prévu qu'elle soit désormais assurée, pour une partie au moins égale à sa durée actuelle (60 heures), avant tout accueil d'enfant ; alors qu'actuellement les professionnelles effectuent leur formation dans une période de cinq ans après l'agrément. Cette modification est une garantie supplémentaire pour offrir, dès le début de son exercice, un accueil de qualité aux familles.
De plus, il est prévu que les assistantes maternelles employées par des particuliers pourront désormais bénéficier de la formation professionnelle continue, comme tout salarié.

La redéfinition et le renforcement de la formation initiale, associés à cet accès à la formation continue et à la mise en place de la validation des acquis de l'expérience, ouvriront enfin à ces personnes de véritables perspectives professionnelles leur permettant d'évoluer, selon leurs capacités et leurs aspirations, vers d'autres métiers, tout en reconnaissant leur expérience professionnelle comme assistante maternelle.

D. ASPECT MEDICO-LEGAL DES ABUS SEXUELS

Nous ne pouvons traiter les abus sexuels entre mineurs sans aborder l'aspect médico-légal.

1. Le signalement

L'acte de signalement fait suite au processus de dévoilement qui se définit comme « la révélation verbale ou comportementale par l'enfant d'un abus sexuel » [67].

Le signalement, quant à lui, est le moment où l'abus sexuel passe de la sphère privée à la sphère publique ; il est l'acte qui formalise la plainte et fait basculer l'abus sexuel dans le champ de l'intervention.

a) Définition

L'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS) dans son guide méthodologique de mars 1994 fait une distinction importante entre l'information, improprement nommée « signalement » et le signalement lui-même. Elle définit ainsi :

- L'information :

Quel que soit la maltraitance, il s'agit des informations caractérisant un enfant en danger, qui peuvent parvenir par le voisinage, des familles ou des intervenants médicaux, sociaux ou éducatifs...

L'information doit être faite le plus rapidement possible dans un souci d'efficacité et de protection de l'enfant. L'information n'est pas une évaluation ; quand elle est écrite par un professionnel, elle est un rapport descriptif de révélations entendues.

Elle précise alors [81] :

- L'état civil très précis des parents et du mineur – date et lieu de naissance de l'enfant et adresse (préciser si possible qui détient l'autorité parentale et qui détient l'hébergement principal avec les droits de visites de l'autre parent).
- Le nom et l'adresse de la personne citée par le jeune, le lieu des faits, s'ils sont connus.
- Le contexte dans lequel a eu lieu le dévoilement (visite, permanence, rencontre fortuite).
- Les conditions de la rencontre (lieu, contexte, interlocuteur...).
- Les termes exacts, précis, employés par l'enfant ou le tiers, en style direct (questions-réponses).
- Les attitudes, le comportement de l'enfant.
- Joindre les dessins éventuels.
- Le nom et les coordonnées du professionnel qui a reçu la révélation.

- Le signalement :

C'est un document écrit établi après évaluation pluridisciplinaire et si possible pluri institutionnelle d'une information faisant état de la situation de l'enfant et de la famille et préconisant des mesures, à distinguer de l'information reçue à propos d'un enfant.

Un signalement comprenant, si possible, tous les éléments ci-après, permet de prendre plus rapidement une mesure adaptée. Il doit donc comporter [72] :

- L'identification de la personne qui signale (et qui signera).
- La date du signalement.
- La date depuis laquelle la famille ou l'enfant était connu.
- L'identification de l'enfant signalé : l'état civil, l'adresse, le niveau scolaire, les conditions de scolarisation... .
- L'identification des parents : l'état civil, le statut matrimonial et la situation professionnelle ; la situation budgétaire (salaires, allocations de chômage, revenu minimal d'insertion, crédits, dettes...) ; les conditions de logement et d'environnement.
- L'identification de la fratrie : l'état civil, la situation scolaire et les placements ou signalements antérieurs des autres enfants de la fratrie.
- les conditions de santé : vaccinations, soins, hygiène, maladie mentale, alcoolisme... .
- Les conditions d'éducation (rigidité, laxisme, autorité, climat affectif...).

La situation de l'enfant signalé et les faits à l'origine du signalement doivent ensuite être développés, en particulier :

- La description des faits constatés ou supposés (certificat médical, hospitalisation, révélation, constats...).
- L'avis de l'enfant s'il est en âge de s'exprimer.
- L'anamnèse de l'enfant : hospitalisations multiples, placements, signalements et mesures antérieurs (AEMO, aides éducatives...).
- les relations familiales, et avec cet enfant en particulier.

L'évaluation de la famille comportera, outre les renseignements cités plus haut :

- Une histoire synthétique de la famille (lieu d'origine, ascendants, transplantations, date d'arrivée...).

- Une appréciation des relations familiales à l'extérieur (intégration dans le quartier, l'école, le voisinage, la famille élargie...).
- Une connaissance des faits marquants dans la vie familiale (maladies graves, handicaps, décès, ruptures, séparations, changement de statut professionnel, déménagements...).
- Une évaluation des capacités de la famille (carences, mais aussi savoir-faire et savoir-être).
- Une évaluation du niveau d'adhésion et de mobilisation aux différentes propositions de l'évaluateur et des autres intervenants ayant déjà connu la famille.

b) Qui peut et doit informer ou signaler ?

Nul ne peut ignorer la loi. L'article 62, alinéa 2, du Code Pénal, complété par la loi du 15 juin 1971 : « *fait obligation à quiconque à eu connaissance de sévices ou de privations infligées à des mineurs de moins de quinze ans d'en informer les autorités administratives ou judiciaires* » [52].

Tout citoyen est donc concerné et à le devoir d'informer les autorités judiciaires ou administratives des faits qui le laissent à penser qu'un enfant encourt un danger ou est victime de maltraitance sexuelle.

L'information peut émaner de personnes issues d'horizons très diverses. Il est habituel de regrouper en trois catégories ces « impliqués » [2] :

- les professionnels de la santé ou de l'éducation spécialistes de l'abus sexuel ou de la maltraitance ;
- les professionnels travaillant auprès des enfants : enseignants, animateurs, éducateurs non-spécialistes de victimologie ;
- le reste de la population, la famille, les amis, les voisins.

c) A qui et comment informer ou signaler ?

Il existe deux types d'information ou de signalement, la voie administrative et la voie judiciaire. Quand ils n'appellent pas le 119, la famille ou les autres tiers font, le plus

souvent, une information judiciaire et s'adressent à la gendarmerie ou au commissariat de police pour exposer les faits. Les professionnels utilisent soit le signalement administratif soit le signalement judiciaire [2].

- L'information administrative [annexe 3]

La loi de Protection de l'Enfance maltraitée du 10 juillet 1989 [56] a confirmé que la mise en place d'un dispositif départemental de recueil des informations est de la compétence du Président du Conseil Général (article 68 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale (CFAS)).

« Le Président du Conseil Général met en place, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département, un dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, selon les modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'Etat dans le département ».

Néanmoins cette loi ne porte pas atteinte aux compétences de l'autorité judiciaire qui peut toujours être saisie directement ou se saisir d'office dans les cas les plus graves.

Depuis cette loi, a été créé également un service d'accueil téléphonique national, gratuit (numéro vert), fonctionnant 24h/24h : **119** « Allô Enfance Maltraitée ».

L'information se fait au Président du Conseil Général ou à ses services :

- le responsable du dispositif départemental
- l'inspecteur de l'enfance (ASE)
- le médecin chef de PMI du département
- l'assistante chef de Service Social de la circonscription.

Le Président du Conseil Général pourra alors mettre en œuvre une évaluation de la situation dont il a été informé en proposant [67] :

- une enquête sociale
- une rencontre avec les informateurs ou ceux qui signalent
- une rencontre avec l'institution scolaire
- une liaison avec les services psychiatriques ou médicaux
- une observation dans le cadre d'une hospitalisation.

A la suite de cette enquête sociale et en liaison avec les différents professionnels connaissant cette situation, le Président du Conseil Général organise une synthèse où seront proposées des mesures de protection de l'enfant, des mesures d'assistance éducative ou encore des mesures d'aide familiale. Telles que :

- une aide financière pour la famille
- des intervenantes sociales et familiales (ISF)
- une Observation en Milieu Ouvert (OMO)
- une assistance éducative permettant à un service éducatif d'apporter « aide et soutien » à une famille
- un accueil provisoire de l'enfant.

Ces différentes mesures seront appliquées par le service d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), le service départemental d'Action Sociale et la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Si la famille n'adhère pas à ces différentes mesures proposées, ou si le Président du Conseil Général l'estime nécessaire, il fait un signalement judiciaire.

L'article 69 de la loi du 10 juillet 1989 clarifie l'articulation entre la protection administrative et la protection judiciaire en précisant que « *lorsqu'un mineur est victime de mauvais traitements ou qu'il est présumé l'être, et qu'il est impossible d'évaluer la situation ou que la famille refuse manifestement d'accepter l'intervention du service de l'aide à l'enfance (ASE), le Président du Conseil Général avise sans délai l'autorité judiciaire et lui fait connaître les actions déjà menées auprès du mineur et de sa famille concernée* » [56] [72] [39].

- L'information ou le signalement judiciaire [annexe 4]

Ils peuvent se faire à différents échelons et directement par téléphone, courrier, déposition ou en se déplaçant.

Sont aptes à recevoir l'information ou le signalement :

- la Brigade des Mineurs
- les services de police et de gendarmerie
- le Procureur de la République ou son Substitut

- le Juge des Enfants.

2. La procédure judiciaire [annexe 5]

La procédure judiciaire est mise en marche lorsque le Procureur de la République a reçu le signalement de la révélation d'un abus sexuel ou d'une autre maltraitance.

Elle comporte plusieurs étapes [72].

a) Le substitut du Procureur ordonne une action d'investigation

Il saisit alors la Brigade des Mineurs ou la Gendarmerie pour une enquête préliminaire.

Dans ce cadre, celles-ci peuvent procéder à :

- L'audition de la victime.
- La réquisition d'un médecin pour pratiquer l'examen médical et rédiger le certificat.
- L'interpellation de l'auteur présumé des abus (garde à vue possible).
- L'audition du professionnel ayant reçu la révélation de l'abus sexuel.
- La perquisition des lieux de l'abus si nécessaire.

b) Les résultats de l'action d'investigation sont transmis au Parquet des mineurs

Le substitut du Procureur ayant reçu les compléments de l'enquête préliminaire va pouvoir ordonner soit :

- L'ouverture d'une information (action pénale en direction des auteurs).
- La saisine du Juge des Enfants (action de protection des mineurs victimes).
- Le classement sans suite (le dossier pouvant être réouvert en fonction d'éléments nouveaux).

- Les mesures pénales

Dans les cas les plus graves, le Procureur de la République peut décider de saisir les juridictions pénales, lorsque les actes de maltraitance sont constitutifs d'infractions prévues par la loi.

Il peut alors saisir :

- **Le Juge d'Instruction** : Il doit instruire à charge et à décharge, c'est-à-dire qu'il doit recueillir tout élément nécessaire à l'avancement de la procédure. Une fois l'instruction terminée, il renverra l'abuseur, s'il était mineur lors des faits, devant le Juge des Enfants ou le Tribunal Pour Enfants (selon la gravité des faits et l'âge du mineur) en cas de délit ou, en cas de crime, devant la Cour d'Assises des Mineurs (mineur de plus de 16 ans) ou devant le Tribunal Pour Enfants (mineur de moins de 16 ans).

Si les éléments obtenus ne sont pas suffisants pour traduire l'auteur des faits devant une juridiction, le Juge d'Instruction prononcera un Non-lieu.

- **Le Tribunal Correctionnel** : il peut être saisi immédiatement par citation directe.

Une expertise médico-psychologique de l'enfant victime et de l'auteur de l'infraction « *peut être ordonnée par le Procureur de la République dès le stade de l'enquête* », ou par le Juge d'instruction au cours de la procédure : il s'agit d'une innovation de la loi du 17 juin 1998. L'objet de cette expertise est « *d'apprécier la nature et l'importance du préjudice subi* », et dévaluer l'opportunité « *de traitements ou de soins appropriés* » (article 28 de la loi, article 706-48 du Code de procédure pénale).

Cette expertise peut être pratiquée sur le mineur victime d'une infraction sexuelle au sens des articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du Code pénal. Comme son nom l'indique, l'expertise médico-psychologique a une double fonction :

- une fonction médicale, destinée à apprécier l'étendue du préjudice corporel et moral subi ;
- une fonction psychologique, visant à déceler les troubles du comportement liés à la commission de l'infraction.

L'expertise sert donc de preuve, permettant à la victime d'obtenir à la fois des soins et des indemnités. Inversement, lorsque l'expertise ne permet pas de tirer des conclusions claires sur l'importance du préjudice, voire sur son existence, la personne soupçonnée d'être l'auteur d'une infraction sexuelle peut être tentée d'utiliser cette expertise comme preuve indirecte de son innocence [87].

- Les mesures de protection

Le Procureur de la république ou son substitut peuvent saisir **le Juge des Enfants** pour traiter à la fois les dossiers des mineurs en danger et ceux des mineurs délinquants.

Le Juge des Enfants a la particularité de pouvoir être saisi par :

- les parents conjointement ou séparément, par le gardien ou le tuteur de l'enfant ;
- le ministère public (le substitut chargé des mineurs du parquet), qui est le destinataire de tous les signalements venant des services de l'ASE, de la Police ou de tout citoyen ;
- l'enfant lui-même ;
- lui-même. Il peut se saisir d'office, mais il doit alors être saisi en retour par le Procureur de la République dans les huit jours.

Le Juge des Enfants peut prononcer différentes mesures :

- S'il y a urgence : il rédigera une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) valable au maximum six mois.
- S'il n'y a pas d'urgence : il mettra en place une mesure d'investigation qui peut comprendre :
 - * Une enquête sociale.
 - * Une expertise.
 - * Une mesure d'Investigation et d'Orientation Educative (IOE) confiée à un service éducatif afin de faire un bilan d'une situation familiale et de proposer une orientation.
 - * Une mesure d'Observation en Milieu Ouvert (OMO) confiée à un service éducatif afin de faire un bilan d'une situation.

Par la suite, à l'audience concernant le dossier (convocation du père, de la mère, des tuteurs, des enfants) le Juge des Enfants procédera au jugement et ordonnera :

- *Pour l'enfant victime, soit :*
 - * Un placement
 - * Une mesure d'AEMO judiciaire (Action Educative en Milieu Ouvert).
 - * Un Non-lieu.

Dans notre cas d'enfants abusés par des mineurs extérieurs à la famille, le Juge des enfants, le plus souvent, charge les parents de protéger leur enfant.

- *Pour l'enfant abuseur, soit :*
 - * Une remise au service de l'assistance à l'enfance (si le mineur a moins de 13 ans)
 - * Des mesures éducatives (l'admonestation et la remise à parents, la liberté surveillée, le placement éducatif, la mise sous protection judiciaire)
 - * Des alternatives aux poursuites (le rappel à la loi, la mesure d'aide ou de réparation, le classement sous condition de réparation du dommage, la médiation, l'orientation vers une structure sanitaire, sociale ou professionnelle, l'injonction thérapeutique)
 - * Des sanctions éducatives (l'obligation de suivre un stage de formation civique, la confiscation d'un objet, l'interdiction de paraître dans un endroit ou de voir certaines personnes...)
 - * Des mesures répressives (une peine d'amende, un travail d'intérêt général, une peine d'emprisonnement avec ou sans sursis, une mesure de suivi socio-judiciaire...)
 - * Un ajournement de la mesure éducative ou de la peine
 - * Une dispense de mesure.

Si le Procureur de la République ne peut saisir rapidement le Juge des Enfants, il peut rédiger une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) valable six mois.

3. Les infractions à caractère sexuel définies par le nouveau code pénal (entré en vigueur le 01/03/1994)

Le mineur est l'enfant ou l'adolescent qui n'a pas atteint la majorité légale (civile et pénale) fixée à 18 ans.

Il n'est jamais possible de condamner pénalement un mineur de 13 ans : c'est ce que l'on appelle le principe de l'irresponsabilité pénale du mineur de 13 ans. Passé cet âge, la juridiction pour mineur aura le choix entre une mesure éducative et une condamnation pénale, ces dernières étant exclusives l'une de l'autre.

En cas de condamnation, le mineur âgé de 13 à 16 ans bénéficiera automatiquement de l'excuse atténuante de minorité, ce qui aura pour effet de diminuer de moitié le maximum de la peine encourue. Le mineur entre 16 et 18 ans peut se voir refuser le bénéfice de l'excuse de minorité par une décision spécialement motivée du jugement de condamnation [41].

Au sens pénal, la majorité sexuelle est fixée à 15 ans. De ce fait, les lois font une différence entre les mineurs de plus ou de moins de 15 ans. Les parents ou leurs substituts doivent protéger le mineur dans « *sa sécurité, sa santé et sa moralité* ».

Les relations sexuelles avec un mineur de 15 ans sont toujours punissables. Les relations sexuelles sont non réprimées pour les sujets de plus de 15 ans, lorsqu'elles sont librement consenties et existent en dehors de tout lien avec un ascendant ou une personne ayant autorité sur le mineur [49].

La loi du 22 juillet 1992, portant réforme des dispositions du Code pénal relatives à la répression des crimes et délits dus aux atteintes à l'intégrité physique ou psychique, va redéfinir un certain nombre d'infractions à caractère sexuel et prévoir des aggravations des peines dans certaines circonstances [81].

Sont particulièrement considérés comme circonstances aggravantes les faits que [86] :

- la victime soit âgée de moins de 15 ans ;
- l'auteur des faits soit un ascendant légitime, naturel ou adoptif ;
- l'auteur des faits soit une personne ayant autorité sur la victime.

a) L'agression sexuelle

Elle est définie par l'article 222-22 du Code pénal (CP) comme « *tout atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* » [13].

C'est un délit puni d'une peine de 5 ans d'emprisonnement et de 75.000 euros d'amende (art. 222-27 du CP).

Elle est aggravée quand elle est : imposée à un mineur de 15 ans ; commise par un ascendant naturel ou adoptif ou par toute personne ayant autorité sur la victime ; commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; commise avec usage ou menace d'une arme. Elle est alors punie de 7 ans d'emprisonnement et 100.000 euros d'amende (art. 222-28 et 222-29 du CP).

L'agression sexuelle avec plusieurs circonstances aggravantes est punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150.000 euros d'amende (art. 222-26 et 222-30 du CP).

L'agression sexuelle accompagnée d'actes de torture ou de barbarie est punie de 20 ans de réclusion criminelle (art. 222-1 et 222-3 alinéa 2 du CP).

La tentative d'agression est punie des mêmes peines que l'agression.

b) L'atteinte sexuelle

Elle est définie par l'article 227-25 du Code pénal. C'est le fait, par un majeur, d'exercer « *sans violence, contrainte, menace ni surprise* » une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de 15 ans.

C'est un délit qui encourt une peine est de 5 ans d'emprisonnement et de 75.000 euros d'amende (art. 222-25 du CP).

L'atteinte sexuelle aggravée (commise par un ascendant naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ; commise par une personne qui abuse de

l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice) est punie de 10 ans d'emprisonnement et 150.000 euros d'amende (art. 227-26 du CP).

L'atteinte sexuelle commise sans violence, contrainte, menace, ni surprise sur la personne d'un mineur de plus de 15 ans (et non émancipé par le mariage) par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ou par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions, est passible de 2 ans d'emprisonnement et 30.000 euros d'amende (art. 227-27 du CP).

Les tentatives d'atteinte sexuelle encourent les mêmes peines que les atteintes sexuelles.

c) L'exhibition sexuelle

L'exhibition sexuelle « *imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public* » est punie d'1 an d'emprisonnement et 15.000 euros. Elle est définie par l'article 222-32 du Code pénal.

La loi du 9 mars 2004, dite loi Perben II [55], doit modifier cet article (art.47).

d) Le Viol

C'est un crime.

Il est défini par l'article 222-23 du Code pénal comme « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* ».

La peine encourue peut aller jusqu'à 15 ans de réclusion criminelle (art. 222-23 du CP).

Le même article prévoit des peines complémentaires.

L'article 222-24 du Code pénal précise les critères d'aggravation de la peine encourue pour viol. Le viol est puni de 20 ans de réclusion criminelle :

- lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ;
- lorsqu'il est commis sur un mineur de 15 ans ;

- lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ;
- lorsqu'il est commis par un ascendant naturel ou adoptif ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime ;
- lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;
- lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;
- lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme.

Le viol est puni de 30 ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort de la victime (art. 222-25 du CP).

Le viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est accompagné d'actes de barbarie avec une période de sûreté pouvant aller jusqu'à 22 ans (art. 132-23 du CP).

La tentative de viol est punie des mêmes peines que le viol.

4. Le suivi socio-judiciaire de l'abuseur

La loi du 17 juin 1998 [58] comporte une innovation importante pour renforcer la protection des mineurs victimes et prévenir la récidive ; les articles 1, 8 et 9 de la loi prévoient que la juridiction qui prononce une condamnation contre l'auteur d'une infraction à caractère sexuel peut ordonner un suivi socio-judiciaire, c'est-à-dire des mesures de surveillance et d'assistance et, après expertise, un traitement médical.

La personne condamnée doit alors respecter un certain nombre d'obligations, sous le contrôle du juge chargé de l'application des peines et du comité de probation et d'assistance aux libérés, sous peine d'emprisonnement [68].

5. Le secret professionnel et l'obligation de signaler

Les obligations faites à tous les professionnels entre leur devoir de se taire et celui de dénoncer et porter secours sont complexes. Le signalement se situe bien à l'articulation de ces deux devoirs qui peuvent apparaître bien souvent contradictoires [39].

a) Le secret professionnel

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15.000 euros d'amende » (article 226-13 du Code pénal).

Ce nouveau texte ne fait allusion à aucune profession en particulier, contrairement à l'ancien qui donnait une liste de professionnels tenus au secret.

Par contre, la loi étend l'obligation de secret professionnel aux missions (y compris temporaires) et y soumet ainsi les « personnels participant aux missions de l'Aide Sociale à l'Enfance ».

L'article 80 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale (loi du 16 décembre 1992) précise, dans son alinéa 1, que *« toute personne participant aux missions du service de l'Aide Sociale à l'Enfance est tenue au secret professionnel sous les peines et dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal »*.

Il en est ainsi pour les éducateurs, les psychologues, les assistantes maternelles, les secrétaires, les personnels des établissements et associations habilités.

Cette catégorie des « missions » pourra ultérieurement être élargie en fonction de la jurisprudence ou d'autres textes de lois.

Toutefois, le secret professionnel peut être levé dans certains cas (article 226-14 du Code pénal). L'article 15 de la loi du 17 juin 1998 facilite la révélation par autrui des infractions sexuelles commises au préjudice des mineurs, en mettant à l'écart le secret professionnel, *« y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles »*.

Ainsi, *« l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

- *A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (article 11 de la loi du 2 janvier 2004).*

Il convient de signaler que la limitation d'âge, qui était de 15 ans pour les mineurs pouvant être signalés, a été supprimée par la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance [63]. Ainsi, si le consentement de la victime majeure est obligatoire pour pouvoir effectuer ce signalement, il n'est plus nécessaire lorsqu'il s'agit de mineurs de moins de 18 ans.

- *Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toutes natures ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ».*

La révélation, dans ce cas, ne fera pas l'objet de sanctions pénales pour violation du secret professionnel.

b) L'obligation de révéler certains faits

L'article 15 de la loi du 17 juin 1998 ajoute aux faits soumis à l'obligation de dénonciation « *les atteintes sexuelles* ».

« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45.000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévus par l'article 226-13 » (article 434-3 du Code pénal).

Les personnes tenues au secret professionnel ne sont pas soumises à l'obligation de dénoncer les mauvais traitements (circulaire du 14 mai 1993 présentant les dispositions du Code pénal).

Elles ont la liberté de révéler ces faits si elles le décident, aux autorités judiciaires ou administratives et ne seront pas poursuivies (article 226-14).

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, article 80 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale (loi du 16 décembre 1992), certains professionnels se voient imposer une obligation de signalement au Président du Conseil Général.

Alinéa 2 : « Toute personne participant aux missions du service de l'Aide Sociale à l'Enfance est tenue de transmettre sans délai au Président du Conseil Général ou au responsable désigné par lui, toute information nécessaire pour déterminer les mesures dont les mineurs ou leur famille peuvent bénéficier et notamment toute information sur les situations des mineurs susceptibles de relever de la section 5 du chapitre premier du présent titre » (dispositions concernant la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et la protection des mineurs maltraités).

« L'article 226-13 du Code pénal n'est pas applicable aux personnes qui transmettent des informations dans les conditions prévues par l'alinéa précédent ou dans les conditions prévues par l'article 78 du présent code ».

La circulaire du 14 mai 1993 (circulaire générale présentant les dispositions du Code pénal) indique que :

« Le non-respect de cette obligation de signalement, s'il peut justifier des poursuites disciplinaires, n'est pas sanctionné par l'article 434-3. Seules les dispositions réprimant la non-assistance à personne en danger pourraient, le cas échéant, être applicables à l'encontre d'une personne participant aux missions de l'Aide Sociale à l'Enfance qui serait restée passive devant une situation de maltraitance » (Code pénal).

Donc : Le non-respect de l'obligation de signalement peut donner lieu :

- à des sanctions pénales : pour non-assistance à personne en danger ;
- à des poursuites disciplinaires de la part de l'employeur.

Les parents de l'enfant sont tenus de le protéger. Cette obligation leur incombe au titre de l'article 434-3 du Code pénal, mais aussi en tant que titulaire de l'autorité parentale : « *l'autorité appartient aux père et mère pour protéger l'enfant dans sa sécurité, sa santé et sa moralité. Ils ont à cet égard droit et devoir de garde, de surveillance et d'éducation* » (article 371-2 du Code civil).

Lorsque les parents sont défailants, c'est-à-dire « *lorsque la protection des intérêts (du mineur victime) n'est pas complètement assurée par ses représentants légaux* » (article 28 de la loi, article 706-50 du Code de procédure pénale), le Procureur de la République ou le Juge d'instruction saisi de l'affaire doit désigner un « *administrateur ad hoc, chargé d'assurer la protection des intérêts du mineur et d'exercer, en son nom, les droits reconnus à la partie civile* » pour obtenir réparation du préjudice subi.

Dans la circulaire précitée, la ministre de la justice souligne que désormais la désignation d'un administrateur ad hoc n'est plus facultative, mais obligatoire en cas d'opposition d'intérêt entre le mineur et ses représentants légaux ou simplement, lorsque ces derniers ne défendent pas complètement ses intérêts. L'administrateur ad hoc est désigné « *soit parmi les proches de l'enfant, soit sur une liste de personnalités* » (article 706-51 du Code de procédure pénale).

Dans le Code de Déontologie Médicale (décret du 6 septembre 1995), deux articles définissent le rôle du médecin en présence de sévices à enfants :

- Article 43 : « *Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* ».
- Article 44 : « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de*

circonspection. S'il s'agit d'un mineur de 15 ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives ».

Il ressort de ces différents textes du Code pénal, qu'en matière de sévices à enfants (ainsi qu'à toute personne vulnérable) le médecin a légalement le droit d'enfreindre le secret professionnel et d'alerter les autorités compétentes (judiciaires, médicales ou administratives). Il s'agit d'une dérogation légale au secret médical.

Nous pouvons observer que cet article autorise le signalement de ces violences, mais il n'impose en aucun cas la dénonciation de leur auteur [86]. Le médecin n'est tenu de signaler que les faits, c'est-à-dire seulement « *des constatations médicales qu'il est en mesure de faire* ». Il conserve toutefois le droit de se taire, c'est-à-dire de s'en tenir au secret professionnel qui l'exempte essentiellement des sanctions pénales pour non-signalement de sévices à enfants. Il y a lieu de préciser que ce droit de non-dénonciation n'est réservé au médecin qu'à condition, bien entendu, qu'il ait eu à connaître de ces faits dans la limite de son activité médicale, c'est-à-dire par le fait ou à l'occasion de l'exercice de sa profession. Par contre, s'il a eu connaissance de ces faits en dehors de son activité professionnelle, il se trouve alors placé dans la même situation que tout citoyen et il est dans l'obligation de les dénoncer. Le délit de non-assistance à personne en danger ne comporte pas cette excuse du respect du secret professionnel.

Le Code de Déontologie Médicale pour sa part est beaucoup plus catégorique. Nous remarquons en effet qu'au regard du Code pénal, le médecin dispose simplement de la faculté de dénoncer. Il ne lui en est pas fait obligation. Il n'en est pas de même pour le Code de Déontologie Médicale qui insiste plus sur le devoir d'alerte, sauf circonstances particulières que le médecin apprécie en conscience.

c) La non-assistance à personne en danger

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre, l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75.000 euros d'amende.

Sera puni des même peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours » (article 223-6 du Code pénal).

Cet article ne comporte aucune exception.

Après lecture de ces différents articles, nous voyons bien la complexité de la loi qui est à l'image de la difficulté de la question. En effet, ni le Code de déontologie médicale, ni le Code pénal n'obligent le médecin à signaler des cas d'abus sexuels, ils le laissent seul juge de la situation !

III. ETUDE DES DOSSIERS

A. INTRODUCTION

Depuis la loi du 12 juillet 1992 relative aux assistantes maternelles [57], précisée par le décret du 29 septembre 1992 relatif à l'agrément des assistantes maternelles et aux Commissions Consultatives Paritaires Départementales (CCPD) [62], le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Loire-Atlantique a été confronté à 16 cas de suspicions d'abus sexuels commis par des enfants mineurs d'assistantes maternelles agréées à titre non permanent sur des enfants accueillis.

Jusqu'en 2000, le nombre de suspicions d'abus sexuels commis par des enfants mineurs d'assistantes maternelles est resté faible (1 cas par an). Mais, ces dernières années, il a considérablement augmenté : 3 cas en 2001, 7 cas en 2002 et 2 cas en 2003.

Parallèlement, dans la même période, le service de PMI a dû statuer sur 17 dossiers de suspicions d'abus sexuels commis par des majeurs de l'entourage proche des assistantes maternelles agréées à titre non permanent (maris, fils, amis, assistantes maternelles elles-mêmes) sur des enfants accueillis. L'évolution est la même que pour les mineurs abuseurs, avec une augmentation nette en 2000 (4 en 2000, 3 en 2001 et 3 en 2003).

La grande différence ici, entre les abuseurs mineurs et les abuseurs majeurs, est que seul 1 majeur sur 17 a reconnu les faits contre 8 mineurs sur 16.

Nous avons interrogé brièvement les services de PMI des autres départements, pour savoir s'ils étaient confrontés à la même évolution. 15 ont répondu. Sur ces réponses, 10 départements constatent depuis quelques années une augmentation des suspicions ou une apparition du problème. Les 5 autres sont confrontés à un ou deux cas par an, mais ils n'ont pas d'étude quant à l'évolution de cette fréquence. Le service de PMI du Rhône décrit une proportion équivalente entre les suspicions d'abus sexuels commis par les maris et ceux commis par les enfants mineurs des assistantes maternelles. Il note également un « rajeunissement » des mineurs en cause qui sont, de plus en plus souvent, des préadolescents.

L'augmentation des suspicions d'abus sexuels dans la situation qui nous concerne, est probablement, à l'image de l'augmentation des abus sexuels en général, comme l'indique l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS), en partie liée au fait que nous les repérons mieux aujourd'hui [77]. En 1997, M. Manciaux et ses collaborateurs, expliquaient la progression de 18% du nombre d'abus sexuels recensés entre 1995 et 1996, « à la fois par l'amélioration du dispositif de protection de l'enfance et par le fait que les enfants s'expriment aujourd'hui plus librement » [73]. En 1991, F. Gruyer rapportait le questionnement de professionnels américains qui, lors d'un colloque, se demandaient « si l'augmentation récente des signalements de délits sexuels par des adolescents représente une réelle augmentation des délits ou simplement une grande propension "à appeler un chat un chat" » [42]. Nous pensons que cette progression s'explique encore aujourd'hui par l'association de ces constats.

16 cas de suspicions d'abus sexuels commis par des enfants mineurs d'assistantes maternelles : ce nombre pourrait sembler faible comparé à celui des assistantes maternelles agréées à titre non permanent (12 319 au 1^{er} janvier 2004 en Loire-Atlantique). Mais si nous prenons en compte les traumatismes subis par les enfants abusés et leur famille, les enfants abuseurs, les assistantes maternelles et leur famille, cela devient un réel souci.

Il faut noter que ces 16 dossiers sont ceux dont le service de PMI a été informé. Néanmoins, nous avons de fortes raisons de penser qu'il existe d'autres cas, pour lesquels la PMI n'est pas tenue au courant. Soit parce que les parents des enfants abusés ne souhaitent pas informer le service ni porter plainte, soit parce que les autres instances à qui sont faites les révélations (services de police, justice, médecins, ...) ne trouvent pas utile d'en informer le service de PMI !

Dans une première partie, nous allons présenter l'ensemble de ces 16 dossiers. Les situations exposées sont décrites peu de temps après les révélations d'abus sexuels faites par les enfants victimes, au moment où le service de PMI en est informé. Il faut savoir que suite à cette information, le service de PMI déclenche une enquête administrative, réalisée par les différents travailleurs sociaux (assistantes sociales, puéricultrices) et les médecins du service. Ces professionnels rencontrent donc les parents des enfants victimes et les assistantes maternelles dont les enfants sont mis en

cause. Ce sont les renseignements issus de ces entretiens que nous exposons ici. L'axe donné à ces entretiens est l'évaluation de la situation, compte tenu de la responsabilité du Conseil Général vis-à-vis de la protection des enfants accueillis (sur le plan de la santé, de la sécurité et de leur épanouissement) et de l'agrément des assistantes maternelles. Ce n'est donc pas une enquête policière ni judiciaire, et encore moins une expertise psychiatrique des mineurs abuseurs à visée étiopathogénique.

En complément, nous avons cherché à consulter les expertises psychiatriques demandées dans le cadre des enquêtes judiciaires. Nous avons constaté que, dans de nombreux cas, l'expertise psychiatrique n'avait pas été ordonnée. Seules, deux nous ont été accessibles. Ce nombre étant trop petit pour en tirer des conclusions, nous n'avons pas jugé opportun d'inclure ces 2 expertises dans notre travail.

Néanmoins, certains abuseurs ont été vus par la psychologue spécialisée, attachée à la cellule maltraitance du service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Madame Françoise Vallée. Mais ici son intervention a eu pour buts :

- de redire la loi,
- de questionner sur la sexualité du jeune (préadolescent ou adolescent),
- d'accompagner et d'aider ce jeune par rapport à la dénonciation d'un fait possible,
- de faire un travail d'information (sur les conséquences psychologiques chez le jeune enfant abusé, sur le fait que si eux-mêmes ont été victimes ils doivent le dire, sur le développement psychosexuel normal).

L'idée est aussi de leur donner une image suffisamment bonne des « psy » afin qu'ils puissent entamer un suivi spécialisé ensuite.

Dans une deuxième partie, nous essayerons de faire la synthèse de ces dossiers et nous présenterons les caractéristiques, les facteurs de risque et les fautes professionnelles qui en ressortent.

Avant la présentation des dossiers, nous tenons à apporter une précision. Pour chaque cas, nous avons tenté de qualifier le type d'abus sexuel, et ceci d'une façon clinique. Pour cela, nous nous sommes basés sur la parole de l'enfant abusé, et non sur celle du mis en cause.

B. DOSSIERS

1. Cas clinique 1 (1994)

a) L'assistante maternelle

Madame D. est née en 1945. Elle est agréée depuis le 22/11/1978.

Au moment de la révélation des abus sexuels: elle a 49 ans, et possède un agrément pour 2 enfants de 0 à 3 ans et 2 enfants de 3 à 6 ans. Elle suit une formation organisée par la PMI depuis le mois de septembre 1994. Elle a 4 enfants, 3 filles (33, 29 et 25 ans) et 1 garçon William âgé de 14 ans.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Anthony a 4 ans au moment des faits et de la révélation. Il va chez Mme D. en périscolaire (le midi, le soir et le mercredi). Il a un langage correct et n'a pas d'antécédent de troubles du comportement.

Le 29 octobre 1994, Anthony voyant son père uriner dit : « c'est sale ». Aux questions de son père il répond (propos qu'il répètera 2 jours après à une psychologue) :

« C'était William, il m'a dit de me mettre tout nu, de faire une galipette mais je ne roulais pas, fallait pas. Il m'a enfoncé la coquinette dans les fesses. Il m'a dit de ne pas le dire sinon il me tue. Tatat était partie faire les courses avec Guillaume (enfant de 7 ans en garde) et ma petite sœur ».

D'après la psychologue, Anthony ne peut se souvenir de ce qui s'est passé après, il y a un grand trou, il ne peut situer cet événement dans le temps. Bien sûr à son âge, il ne peut dater cet événement mais il ne peut le relier à aucun autre moment ou événement se situant après. Il est dans un état de grande confusion.

Type d'abus : tentative de viol et menace.

c) L'abuseur présumé

William a 14 ans, il est né le 13/06/1980, c'est le dernier de 4 enfants et il est en 3^{ème}. Il a eu des ennuis de santé dans l'enfance et vient d'être opéré (depuis les faits) d'un problème orthopédique.

Sa mère (l'assistante maternelle) le décrit comme un adolescent assez instable, pas encore très mûr. Il est très sensible et déprime quelques fois. Il est nerveux. Il n'a pas fait une bonne 4^{ème}. D'après elle, il reconnaît, alors qu'Anthony l'appelait pour l'essayer, avoir posé son sexe sur les fesses nues de l'enfant et fait une poussée sous l'action de la colère (il ne s'explique pas pourquoi). Il n'aurait pris conscience que secondairement de la gravité de son geste, et aurait dit à Anthony que ce qu'il avait fait était sale et qu'il ne fallait pas le dire. Anthony n'aurait pas pleuré et serait ensuite parti faire un dessin.

Mme D. pense qu'il existait une certaine jalousie de son fils vis-à-vis d'Anthony qui était souvent dans ses jambes, dans sa chambre. Elle dit ne s'être pas rendue compte que son travail lui prenait beaucoup de temps sur sa famille. William a du en souffrir mais ne le disait pas car il a du mal à exprimer ses sentiments.

Ce fait ne se serait produit qu'une seule fois, le mercredi 5 octobre, alors qu'elle se serait absentée quelques instants pour aller à la pharmacie, laissant Anthony à la garde de son fils...

Dans un courrier adressé à la PMI le 12 décembre, William dira : « je suis accusé d'avoir fait sur le petit Anthony des actes dont je ne dois pas être fier. Sur le moment je ne me suis pas rendu compte de la gravité de mon geste, je n'ai pas voulu lui faire de mal. Je regrette mon geste et je ne suis pas près de recommencer car je vois maintenant que c'est très grave, et surtout que ma maman a besoin de travailler pour son équilibre et parce que mon papa a un tout petit salaire ».

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 29 octobre 1994 : révélation d'Anthony.

Une plainte en justice est déposée par le père d'Anthony le 31 octobre 1994. Le même jour il consulte une psychologue pour son fils. Celle-ci signale les faits au substitut du Procureur.

- Le 3 novembre 1994 : le service de PMI est informé par l'assistante maternelle puis par le père d'Anthony.

- Le 23 novembre 1994 : un courrier de la psychologue informe le service de PMI que la Brigade des Mineurs a pu établir la véracité des dires de l'enfant. William les a reconnus.
- Le 28 novembre 1994 : suspension de l'agrément.
- Le 15 décembre 1994 : passage en CCPD et retrait de l'agrément.
- Le 20 décembre 1994 : William a un premier rendez-vous de consultation en psychiatrie de l'adolescent.
- Le 2 avril 1997 : résultat de la procédure pénale : Classement Sans Suite pour poursuites inopportunes.

2. Cas clinique 2 (1997)

a) L'assistante maternelle

Madame F. est née en 1956. Elle est agréée depuis le 5/02/1992.

Au moment de la révélation : elle a 41 ans, et détient un agrément pour 2 enfants de 0 à 3 ans et 1 enfant de 3 à 6 ans. Elle a son certificat d'études et n'a pas suivi de formation dans le cadre de son activité professionnelle. Elle a 3 garçons de 20, 18 et 13 ans (Justin).

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Marion est née en 1992, elle a 5 ans lors de la révélation. Elle avait entre 4 et 5 ans au moment des faits. Elle est accueillie tous les jours chez Mme F. où elle dort, pour la sieste, dans la chambre de Jacques.

Début avril 1997, elle révèle à sa mère que le fils de Mme F. « Juju me touche le pipi quand je vais aux toilettes ». Elle demande le secret car elle a peur des gifles ou des pincements de Justin.

Peu de temps après, à sa grand-mère elle dit : « je vais te confier un secret : Juju demande que je lui baisse la culotte et que je lui tire sur le zizi ».

Le 8 avril 1997, Marion accepte assez facilement de parler à une psychologue du CHU de ce qui s'est passé : « Juju il me pinçait et il me mettait au coin, il me tirait les

cheveux...et ma petite sœur aussi, il était plus gentil avec elle. Il m'a fait toucher le zizi...il était allongé, j'étais obligée de le faire sinon il me pinçait et me tirait les cheveux. Il avait tout ôté et m'a demandé d'enlever ma culotte...après je ne me souviens pas ». La psychologue note dans son rapport « qu'il y a une haute probabilité que les dires de Marion soient vrais, et que Justin ne soit pas bien et ait besoin de jeux sexuels ». Il faut préciser que des faits similaires ont été évoqués devant Marion par les parents d'un autre enfant accueilli chez Mme F. (Les faits auraient eu lieu dans l'école de cet enfant).

Type d'abus : attouchements et demande de masturbation par l'abuseur, avec violence.

Depuis le retrait de chez l'assistante maternelle, Marion va bien.

c) L'abuseur présumé

Justin, 3^{ème} fils de Mme F., né le 26/05/1983, a entre 12 et 13 ans au moment des faits (13 ans lors de la révélation). Il est collégien.

En mai 1997, suite à la révélation, Justin et ses parents seront reçus par un psychologue. Lors de l'entretien il ne fait aucune confidence. Il dit seulement avoir essuyé Marion quand elle était aux toilettes.

Le psychologue n'a pas la possibilité de dire si Justin dit ou non la vérité.

Lors de ce même entretien, l'assistante maternelle et son mari sont dans le déni absolu qu'un tel acte ait pu être commis par leur fils. Ils ont évoqué les abus sexuels qui se sont déroulés à peu près dans le même temps à l'école et sont persuadés qu'il s'agit d'une sorte de « pollution ».

Le psychologue a conseillé aux parents de faire suivre Justin, car dans les 2 cas cet enfant va être confronté à de grosses difficultés. Il a besoin d'être entendu et de bénéficier d'une aide psychologique.

Il ajoutera dans un entretien avec la PMI, que si les parents pouvaient envisager l'éventualité d'un passage à l'acte de leur fils (ne pas être totalement dans le déni), une prise en charge de celui-ci et d'eux-mêmes, associée à une grande vigilance, pourrait éventuellement permettre à Mme F. de continuer son travail. Le déni total laisse planer le doute d'une répétition possible.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Début avril 1997 : révélation de Marion.
- Le 30 mai 1997 : suspension de l'agrément.
- Le 24 juin 1997 : passage en CCPD et maintien de la suspension.
- Le 9 septembre 1997 : nouveau passage en CCPD et maintien de la suspension.
- Le 19 septembre 1997 : Mme F. appelle la PMI car elle souhaite l'annulation de son agrément.
- Le 13 novembre 1997 : passage en CCPD et retrait de l'agrément.

Dans ce dossier aucune plainte n'a été déposée et le Procureur n'a pas été saisi.

3. Cas clinique 3 (1999)

a) L'assistante maternelle

Madame G. est née en 1957. Elle est agréée depuis le 13/10/1981.

Lors de la révélation : elle a 42 ans, et a un agrément pour 2 enfants de 0 à 10 ans de jour et 2 enfants de 3 à 10 ans en périscolaire. Elle a un CAP de mécanicienne en confection et n'a pas suivi de formation dans le cadre de sa profession. Elle a 3 garçons : Stéphane 21 ans handicapé moteur (spina-bifida), Thomas 20 ans et Michel 15 ans.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion:

Caroline est née le 25/05/1996, elle a 3 ans et 2 mois au moment des faits et de la révélation. En juillet 1999 elle va ponctuellement (1 heure par jour) chez Mme G. Elle est très souriante, très éveillée, tonique et présente un très bon langage.

Le vendredi 23 juillet 1999, avant la sieste, en sortant des toilettes Caroline se plaint de douleurs l'empêchant d'uriner. (Auparavant elle avait demandé à se mettre de la crème sur les fesses). Elle dit à sa maman que « Michel lui a fait mal et qu'il a mis ses doigts »

(en montrant son vagin). Elle dit qu'il a aussi « fait la bique ». Elle ouvre alors la bouche et fait de petits mouvements de langue. Cela s'est passé chez l'assistante maternelle sur le canapé.

Le dimanche suivant, Caroline répète la même chose devant M. et Mme G. et Michel. Depuis elle a essayé une fois d'embrasser sa mère sur la bouche en introduisant la langue. « Comme Michel » a-t-elle dit !

En septembre 1999, Caroline présente des troubles du comportement. Alors qu'elle était bien intégrée en classe l'année précédente, son institutrice remarque un changement de comportement. Caroline a de grosses difficultés relationnelles. C'est une petite fille éveillée, débrouillarde, mais qui se mêle moins au groupe, elle ne veut pas aller à la récréation et est moins sociable. Elle fait plus de colères.

Dans le même temps les parents de Caroline ont remarqué aussi qu'elle fait plus de colères violentes, pour des causes minimes, et de plus en plus fréquemment. A trois reprises elle est partie seule de la maison. Début octobre elle a suivi une voisine de 10 ans.

Un travailleur social conseillera alors aux parents de faire suivre Caroline sur le plan psychologique.

Le 15 octobre, le psychiatre qui la suit déclarera à la PMI qu'elle a « probablement subi des attouchements ».

Type d'abus : attouchements avec pénétration.

c) L'abuseur présumé

Michel, 3^{ème} fils de Mme G., est né le 21/05/1984, il a 15 ans et est en seconde.

D'après sa mère c'est un enfant qui n'a pas de problème, il a de bons résultats au lycée. Néanmoins elle le décrit comme renfermé.

Il ne s'occupe pas vraiment des enfants accueillis, sauf peut-être quand ils sont allés faire pipi pour les essuyer!

A sa mère, Michel affirme qu'il n'a rien fait. Mais lors de la rencontre avec les parents de Caroline, au moment du départ, il leur dira : « je suis désolé ».

Le 11 octobre 1999, Michel et sa mère sont reçus en entretien par la psychologue de la cellule maltraitance du service, Mme F. Vallée.

Michel est décrit comme un adolescent un peu timide, voir inhibé, qui ne présente pas une forte culpabilité apparente, même s'il déclare que « ça lui fait honte ». Il dit qu'il ne veut pas trop en parler, « j'essaie d'oublier l'affaire ». La psychologue cherchera avec lui les conséquences éventuelles des abus sexuels sur les jeunes enfants et évoquera le traumatisme que cela peut engendrer. Il sera attentif et à l'écoute, semblant comprendre.

La question de l'émergence de la sexualité dans ses manifestations physiques et psychologiques sera aussi abordée. Il dira qu'il n'en parle pas à la maison, mais plutôt avec ses copains.

Michel est apparu, lors de cet entretien, comme un jeune adolescent avec une certaine carapace qui le protège, sans montrer de réelle colère face aux accusations portées contre lui. Il dira « ce n'est pas une obsession, ça ne m'empêche pas de travailler ».

Ainsi, il est apparu difficile à Mme Vallée d'apprécier cette attitude de protection, qui peut-être entendue comme une défense face à l'accusation ou comme une défense face à des actes posés.

Au même entretien, l'assistante maternelle exprime toujours sa surprise devant l'accusation d'abus sexuel portée envers son fils. Elle essaie de comprendre ce qui a pu se passer et ne minimise pas les faits. Bien qu'elle prenne la défense de son fils, elle marquera à certains moments un doute possible. Elle et son mari ont puni Michel cet été, il n'avait plus le droit d'aller voir ses copains. En même temps la question de la sexualité n'a pas été abordée avec lui.

Elle craint beaucoup pour le maintien de son agrément et anticipe sur les conséquences éventuelles de sa suppression.

Elle décrit par ailleurs Caroline comme une petite fille assez « remuante » qui « prend des risques ». Les parents ayant du mal selon elle à mettre des limites éducatives. Toutefois, elle n'essaie pas non plus d'accuser les parents de fausses allégations.

Elle est plutôt démunie, impuissante et sidérée de savoir que ces événements ont pu se passer chez elle.

Elle ne semble pas être aidée et soutenue véritablement par son mari et celui-ci ne semble pas être un élément identificatoire très fort pour son fils Michel.

D'après la maman de Caroline, le mari de Mme G. aurait été vu par plusieurs personnes en état d'ébriété importante et aurait fait preuve de violence. L'assistante maternelle a présenté plusieurs fois des hématomes périorbitaires, mais faisait tout pour les dissimuler. Elle ne parlait pas de la violence de son mari.

Il y a quelques années, des parents ont retiré de chez Mme G. leur petit garçon de 2 ans qui présentait un hématome sur la joue, expliqué par une chute sur l'accoudoir du fauteuil (explication non satisfaisante pour les parents). De plus, ils reprochaient à l'assistante maternelle de ne pas changer assez souvent les couches et de brutaliser l'enfant (elle le prenait sous les bras et le jetait dans la piscine pour « l'endurcir » !).

La maman de Caroline a aussi déclaré à la PMI, qu'il est arrivé à Mme G. d'aller travailler sur son ordinateur dans une pièce au fond du jardin, en laissant seuls les enfants dont elle avait la garde. Elle les laissait alors couchés, ne les surveillait pas et ne pouvait pas les entendre pleurer.

Une fois, Caroline était seule dans la maison, en pyjama à 17 heures, alors que l'assistante maternelle était dans cette pièce au fond du jardin !

La maman est inquiète pour sa fille et pour les autres enfants en garde chez Mme G.

- Pour elle :
- Caroline a toujours été fidèle dans sa façon de relater les faits et ne s'est jamais contredite.
 - L'assistante maternelle ne veut pas perdre son agrément et semble peu se soucier de l'avenir de Caroline.
 - Michel nie les faits et a peur de son père.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 23 juillet 1999 : révélation de Caroline.
- Le 9 septembre 1999 : la maman de Caroline informe le Centre Médico-Social (CMS) des faits. L'information est tardive par rapport à la révélation, car elle désirait protéger sa fille et les relations de voisinage avec l'assistante maternelle.
- Le 27 septembre 1999 : Mme G. s'engage à ne pas accepter de propositions de garde le temps de l'évaluation. La PMI propose une suspension partielle de l'agrément (accueil limité aux enfants actuellement placés).

- Le 15 octobre 1999 : à l'occasion de l'entretien avec la mère de Caroline, la PMI est informée des violences intrafamiliales ayant lieu chez l'assistante maternelle, des attitudes éducatives non appropriées, et du retrait de leur enfant par d'autres parents suite à un hématome sur la joue.
- Le 28 octobre 1999 : signalement au Procureur de la République par la PMI.
- Le 29 octobre 1999 : suspension de l'agrément.
- Le 4 janvier 2000 : passage en CCPD et retrait de l'agrément à compter du 4 février 2000 (fin de la suspension).
- Le 4 juillet 2001 : audience au Tribunal Pour Enfants (TPE).
- Le 6 juillet 2001 : relaxe (le service de PMI n'en sera informé qu'en février 2002).

4. Cas clinique 4 (2000)

a) L'assistante maternelle

Madame F. est née en 1963. Elle est agréée depuis le 17/10/1997. Elle a le BEPC. Au moment de la révélation : elle a 37 ans et possède un agrément pour 1 enfant de 0 à 6 ans. Elle a participé à la demi-journée de formation initiale des assistantes maternelles qui a lieu un samedi matin (le 18/04/1998). (Après les faits, elle fera, en 2001-2002, un CAP petite enfance). Elle a 4 filles âgées de 13 ans (Mathilde), 11, 7 et 5 ans.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Vincent, né le 27/10/1995, a 4 ans et 2 mois au moment de la révélation. Depuis février 1998 il était gardé tous les jours par Mme F. Débutant sa scolarité en septembre 1998, il ira chez elle en périscolaire (le soir de 17 à 20 h et les vacances scolaires). A 2 ans et 4 mois il a connu un déménagement et un changement d'assistante maternelle. Il a eu un petit frère le 16/11/1999.

Sa maman le décrit comme très sociable, s'exprimant facilement, tout souriant, sans difficulté, n'ayant pas été malade jusqu'à 2 ans ½. La scolarisation ne lui a pas posé de problème.

Fin janvier 2000, un mardi soir, Vincent est dans le bain avec une petite amie de 4 ans (Mathilde), la maman derrière la porte entend Vincent dire : « fais-moi voir ta zézette, écarte les jambes, on le dira à personne ». La maman entre dans la salle de bain et les jeux s'interrompent.

Le lendemain soir, Vincent et sa mère sont dans une chambre, celui-ci dit : « allez maman, allonges-toi et je me frotte entre tes seins ».

La maman est sidérée, mais ne voulant rien laisser paraître, elle lui demande s'il a déjà vu faire ça. Il dit « non » dans un premier temps. Sans l'interroger directement, elle nomme le prénom de l'assistante maternelle puis des 2 petites filles. Vincent dit alors spontanément : « c'est Mathilde ».

La maman essaie d'en savoir un peu plus. Vincent dit : « c'est le jeu de la pâte à modeler » et il explique qu'ils étaient tous les deux dans la chambre de Mathilde, la porte fermée à clé, et qu'il fallait lancer de la pâte à modeler. « Si c'est vert on se déshabille et rouge on reste habillé ». « Mathilde était toujours toute nue et moi aussi, il fallait que je baisse mon pantalon ». « Mathilde était allongée sur la moquette, il fallait que je touche ses petits poils et ses tétons. Elle touchait mon zizi comme ça » et il montre. C'était le soir, il fallait faire vite avant que maman arrive. « Si on le dit, on va dans le coffre noir et on a très peur » et il ajoute « j'ai été une fois et j'ai pleuré ».

Sa maman demande si les autres étaient là, il semble que les petites jouaient à la dînette, Mme F. faisait le ménage.

La maman de Vincent pense que ce « jeu » s'est déroulé au moins deux fois.

D'après sa maman, Vincent a présenté durant l'hiver 1998/1999, des manifestations inhabituelles. Un bégaiement important est survenu assez brutalement alors qu'il parlait bien auparavant. Vincent est angoissé et stressé. Ces symptômes se manifestent par des morsures importantes des faces internes des joues et une certaine agressivité tournée vers sa maman. Il est très attiré par les femmes, lui disant à plusieurs reprises : « j'aime les seins. Je veux voir les seins. Maman tu peux me laisser caresser ? » en montrant le sexe de sa mère. Il parle beaucoup de sexe.

En octobre 1999, la grand-mère maternelle est fortement étonnée de voir Vincent caresser la statue d'une femme nue.

A l'école, l'institutrice note des difficultés en graphisme, que la maman interprète comme un refus. Vincent prend un crayon, gribouille, froisse puis jette.

Type d'abus : attouchements et exhibitionnisme.

Vincent sera suivi par un pédopsychiatre qui conclura le 6 avril 2000 : « Vincent va bien, il a verbalisé et s'exprime bien. Il est inutile d'aller plus loin, on risque d'induire les choses si on insiste ».

c) L'abuseur présumé

Mathilde a 13 ans, elle est née le 4/06/1986. Elle est l'aînée de 4 filles et est au collège. Mme F. la décrit comme une enfant qui ne pose aucun problème.

Elle a interrogé sa fille le soir même des révélations, son mari aussi, elle dit que « Mathilde est sereine et dit qu'il ne s'est rien passé ». Mathilde a pleuré quand elle a pensé que les autres pourraient être au courant. Elle est d'accord pour rencontrer un pédopsychiatre.

D'après la maman de Vincent, Mathilde est une enfant petite, menue, très jeune. Elle informe le service de PMI, qu'il y a eu dans l'entourage de l'assistante maternelle, quand les filles étaient petites, un homme qui a été condamné pour pédophilie. Rapprochant les deux faits, elle a essayé de faire prendre conscience à Mme F. du lien possible entre les deux événements. Celle-ci lui a répondu : « j'ai pourtant demandé s'il s'était passé quelques choses et quoi, Mathilde m'a toujours dit non ».

Mathilde a été suivie par un pédopsychiatre qui se dira, le 13 mars 2000, « rassuré sur l'état de santé de Mathilde. Elle a été perturbée mais reste cohérente. Elle a une grande souplesse ». Il ne note « pas d'organisation psychotique ni caractérielle de la personnalité de Mathilde ». Il se pose par contre la question de l'accompagnement de la maman en tant qu'assistante maternelle.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Mi-janvier 2000 : révélation de Vincent.
- Le 21 janvier 2000 : information du service de PMI par le pédiatre qui a recueilli les craintes des parents de Vincent. Il leur a conseillé de prendre rendez-vous en pédopsychiatrie.

- Le 14 février 2000 : maintien de l'agrément (compte tenu de l'attitude protectrice de l'assistante maternelle, de la mise en place d'un suivi pédopsychiatrique de Mathilde, et de la demande d'être informé de la suite donnée).
- Le 17 avril 2000 : maintien de l'agrément confirmé (suite à la réception des certificats des pédopsychiatres suivant les deux enfants).
- Le 24 mai 2002 : Mme F. souhaite suspendre momentanément son agrément. Depuis l'affaire elle a fait un CAP petite enfance (2001-2002).
- Le 17 octobre 2002 : échéance de l'agrément.

Devant les non-réponses de Mme F. aux différents courriers de la PMI lui demandant ses souhaits quant à son agrément, son dossier est classé sans suite le 4 mars 2003 et son agrément est annulé.

Dans ce dossier aucune plainte n'a été déposée, il n'y a pas eu de signalement au procureur ni de présentation en CCPD.

5. Cas clinique 5 (2001)

a) L'assistante maternelle

Madame D. est née en 1948. Elle est agréée depuis le 30/03/1981.

Au moment de la révélation : elle a 53 ans et détient un agrément pour 2 enfants de 0 à 6 ans. Depuis 1990 elle est assistante maternelle à la crèche familiale, et dans ce cadre elle a suivi une formation continue organisée par la crèche familiale. Sa formation initiale est un CAP de comptabilité. Elle a 4 enfants, 1 fille de 25 ans et 3 garçons âgés de 27, 22 et 18 ans (Sébastien).

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Ici deux petites filles sont concernées.

- *Marie*

Née le 11/08/1998, a 3 ans au moment des faits et de la révélation.

Elle a été gardée, par Mme D., à la journée, du 1/09/1999 au 30/11/2000. Elle est accueillie exceptionnellement le mercredi 10/10/2001, dans un cadre amical pour retrouver Odile et jouer avec elle.

C'est une petite fille très vive, plutôt leader, qui parle bien. Elle sait qu'elle est une fille ! Elle a eu un petit frère début 2001 et est rentrée en maternelle en septembre 2001. Elle a pu avoir l'occasion de voir son père nu, mais elle n'a jamais vu de cassette ou émission pornographiques.

Le mercredi 10 octobre 2001, vers 18h30, chez elle en présence de sa maman, Marie calme, s'allonge par terre et dit : « Sébastien m'a touché ma crevette », « moi j'ai touché son zizi, mais ce n'est pas grave maman ». Interloquée, sa maman essaie de la rassurer et lui demande où cela s'est passé. « En haut dans la chambre » répond Marie.

Le soir devant son père elle baisse son collant et sa culotte et dit : « Sébastien m'a fait ça » en faisant le geste « et moi j'ai touché son zizi ».

Le soir même à l'assistante maternelle : « Sébastien m'a touché ma crevette ».

Puis en rentrant chez elle : « moi je vais gronder Sébastien, il n'a pas le droit de toucher à ma crevette ».

Ce jour là Marie a dormi dans la chambre de Yane (un autre fils de Mme D.), avec un drap sur elle bordé sur les côtés et aux pieds. La porte était entrouverte pour qu'elle appelle à son réveil.

Le 18 octobre, elle est convoquée à la Brigade des Mineurs. Elle ne dit pas grand chose. Elle ne va pas très bien et reparle beaucoup de l'abus.

Type d'abus : attouchements et exhibition.

- *Odile*

Elle est née en mars 1998, elle a 3 ans au moment des faits et de la révélation.

De septembre 1999 à septembre 2001 elle était gardée à la journée par Mme D. Depuis septembre 2001, date de son entrée à l'école, elle est accueillie en péri-scolaire dont le mercredi.

Elle a eu un petit frère en novembre 2000. Elle présente une intolérance aux protéines de lait de vache et sa maman est malvoyante.

C'est une petite fille timide assez réservée mais qui parle bien.

Le 1/06/2001, le soir, alors qu'elle était sur le canapé, la main dans la culotte (qu'elle a enlevée ensuite), elle se caressait avec un geste qui était « choquant » pour la maman. Au questionnement de sa maman Odile répond : « je fais comme Sébastien ». « Qu'est-ce qu'il a fait Sébastien ? » « C'est comme Sébastien avec moi ».

A son papa le soir elle tient les mêmes propos. « Ca s'est passé où ? Aux toilettes ? » « Non dans la chambre pendant la sieste ».

Chez Mme D. elle dort dans son petit lit dans la chambre de l'assistante maternelle.

Le 10 octobre 2001, Odile se précipite pour assister au change de son petit frère et se met à toucher son zizi.

Depuis janvier 2001, elle présente de gros troubles du sommeil. Elle se réveille souvent, a peur de s'endormir et parle de « monstres méchants ». Elle refait à nouveau « pipi et caca » alors qu'elle était propre.

Depuis le début de l'école les troubles du sommeil se sont arrêtés. C'est une enfant qui respire maintenant la joie de vivre, elle chante, elle raconte... A l'école, elle est propre à la sieste depuis le premier jour, mais elle a présenté deux accidents chez la « tatie » les mercredis.

Odile reste très attachée à sa « tatie », mais elle ne disait plus jamais au revoir à Sébastien depuis quelque temps.

Type d'abus : attouchements.

c) L'abuseur présumé

Sébastien, né le 20/01/1983, a 18 ans. Il est en 1^{ère} et rentre déjeuner le midi de 12h45 à 13h05. Il est présent au domicile les mercredis après-midi.

Sébastien nie les abus depuis la première révélation d'Odile. Il s'inquiète de ce qu'on pourrait penser de lui.

Sa mère dit qu'il n'a pas de gestes « déplacés » dans son comportement habituel. C'est un garçon ouvert, « sain », serviable.

Il a eu un BEP maintenance auto et est cette année en 1^{ère} adaptation pour un BAC technique.

Il a la moyenne, mais c'est plus difficile pour lui d'avoir réintégré ce type de scolarité.

Elle trouve que Sébastien n'a pas la maturité d'un jeune de 18 ans, qu'il est très gamin mais franc. Quand il fait une « connerie » il le dit (mais apparemment ce n'est pas son style d'en faire).

Mme D. a insisté sans succès pour qu'il dise ce qui s'était passé, afin qu'il puisse se décharger tout de suite.

La sexualité ne serait pas un sujet « tabou », même si certaines choses sont du domaine du père.

Elle a aussi demandé à son fils s'il lui était arrivé quelque chose à lui. Elle n'a rien observé et a eu une réponse négative.

Leur médecin traitant a conseillé de faire suivre Sébastien. C'est une période où il est fragilisé et a lui-même besoin de soutien.

Le psychiatre qui a vu Sébastien parlera d'une « totale immaturité qui a favorisé le passage à l'acte ».

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 1^{er} juin 2001 : révélation d'Odile à sa maman.

- Le 10 octobre 2001 : révélation de Marie à sa maman.

- Le 11 octobre 2001 : le service de l'ASE a été saisi par un médecin au sujet d'une suspicion d'abus sexuel à l'égard d'une jeune patiente qu'il avait reçu à son cabinet le même jour.

- Le 30 octobre 2001 : le service de PMI adresse un signalement au Procureur de la République.

De plus il fait une suspension d'agrément.

- Le 17 janvier 2002 : présentation en CCPD et retrait de l'agrément à l'échéance de la suspension (29/01/2002).

- Le 11 décembre 2002 : Sébastien passe au Tribunal Correctionnel devant le Juge d'Application des Peines : 18 mois d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve

pendant 2 ans. La peine comprend en plus une obligation de soins pendant 2 ans et une obligation de réparer les dommages causés aux victimes. Il a reconnu les faits.

6. Cas clinique 6 (2001)

a) L'assistante maternelle

Madame P. est née en 1950. Son mari est décédé. Elle est agréée depuis le 14/01/1994.

Lors de la révélation : elle a 51 ans, et possède un agrément pour 1 enfant de 2 à 6 ans et 2 enfants de 0 à 6 ans. Elle a un CAP de vendeuse et n'a jamais suivi de formation dans le domaine de la petite enfance. Elle a 1 fils Valentin âgé de 15 ans ½.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Laetitia est née le 11/07/1998. Elle a 2 ans et 7 mois lors de la révélation. Les faits se seraient déroulés entre septembre et décembre 2000 (durée de son accueil quotidien chez Mme P.), elle avait alors entre 26 mois et 29 mois.

Elle a parlé très tôt et s'exprime avec des phrases bien construites.

Elle a quelquefois vu ses parents sous la douche ou pris des bains avec ses cousins.

Evènements difficiles : déménagement et changement d'assistante maternelle, scolarisation à plein temps en décembre 2000, changement du lieu de travail de son père en juin 2001, ce qui l'éloigne du domicile plus longtemps. Laetitia réagit à l'absence de son père : « Je n'aime pas son travail ».

En février 2001, Laetitia est dans son lit et s'introduit un doigt dans le vagin. C'est la première fois que sa maman la voit faire ça. Elle la questionne : « Pourquoi fais-tu ça ? » « Parce que j'ai envie » « Est-ce que quelqu'un t'a montré ça ? » « Valentin. Il m'a mis le doigt dans mon kiki et moi j'ai touché son kiki ». La maman dit à sa fille que personne n'a le droit de toucher son kiki à elle.

Depuis cet épisode jusqu'au mois de juin il ne se passe rien.

Mais depuis le début du mois de juillet 2001, Laetitia introduit, de façon répétitive, n'importe quoi dans son vagin. Elle le fait dans sa chambre, quand elle est seule au domicile avec sa mère. Quand le papa est là, elle ne fait rien. Elle n'a pas ce comportement ailleurs.

Aux questions plus précises de ses parents sur ce qui pouvait se passer avec Valentin, Laetitia accepte assez facilement de parler en disant : « c'est le même kiki que papa, c'est la même couleur. Valentin a mis le doigt dans mes fesses ». Elle dit que « nounou n'était pas là ».

Après réflexion, les parents se souviennent que pendant la dernière quinzaine de décembre 2000, Laetitia avait moins d'entrain à aller chez Mme P. Elle pleurait le matin quand son père la déposait. Elle y était toujours accueillie par l'assistante maternelle elle-même. Mais le soir ils ont souvent récupéré leur fille dans la chambre de Valentin, la porte étant fermée.

Même après la fin de l'accueil, quand les parents empruntaient en voiture l'une des routes pouvant mener chez Mme P., elle disait : « maman, papa, pas chez nounou ».

Type d'abus : attouchements avec pénétration.

c) L'abuseur présumé

Valentin est fils unique, il a 15 ans ½ (né le 24/09/1985). Il est collégien et sera interne à la rentrée prochaine (1/09/2001).

Il rentre à la maison le soir à 17h30, et est présent les mercredis après-midi et les vacances.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Février 2001 : 1^{ère} révélation de Laetitia.
- Juillet 2001 : 2^{ème} révélation de Laetitia.
- Le 6 août 2001 : suspension de l'agrément et signalement au Procureur de la République.
- Le 16 août 2001 : le substitut du Procureur demande une enquête.

- Le 26 septembre 2001 : Mme P. et son fils sont entendus à la gendarmerie. Valentin ne reconnaît pas les faits.
- Le 27 septembre 2001 : présentation en CCPD et restitution de l'agrément.
- Le 13 novembre 2001 : Le dossier est classé sans suite pour infraction insuffisamment caractérisée. L'enquête n'ayant pas pu établir la mise en cause de Valentin.

7. Cas clinique 7 (2001)

a) L'assistante maternelle

Madame L. est née en 1957. Elle est agréée depuis le 5/08/1996.

Au moment de la révélation : elle a 43 ans, et détient un agrément pour 1 enfant de 0 à 3 ans et 2 enfants de 3 à 10 ans. Elle a un CAP et n'a suivi aucune formation concernant sa profession. Elle a 2 garçons âgés de 22 et 14 ans (Laurent).

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Amaury est né en septembre 1998, il a 3 ans lors de la révélation. Il est gardé par Mme L. depuis le 4/01/1999, à raison de 2 à 4 jours par semaine. Depuis son entrée à l'école en septembre 2001, il va chez l'assistante maternelle les mardis et jeudis après-midi de 13h30 à 17h30. Il a eu une petite sœur en janvier 2001. Jusqu'au 24/10/2001, les parents n'ont jamais décelé de signe particulier ni de changement de comportement. Amaury était content d'aller chez sa « nounou » et ses parents étaient satisfaits de ses services.

Le 24/10/2001 au matin, au retour des toilettes, Amaury se met devant la porte et dit à sa mère : « maman, lolo sucé zizi A-mau-y bouche ».

La maman interloquée lui a demandé de répéter, ce qu'il a fait en employant les mêmes termes. Aucun commentaire n'a alors été fait par la maman. Deux à trois heures plus tard, au moment d'habiller Amaury dans sa chambre, sa maman lui demande : « qu'est-ce qu'il a fait lolo ? » L'enfant répète : « lolo mis zizi bouche. » « Quel zizi ? » « Zizi A-mau-y » « Où ça s'est-il passé ? Dans la cuisine ? » « Non, en haut. » « Où ? » « Dans la chambre. » « Et nounou elle était là ? » « Non, en bas. »

Amaury ne semble pas perturbé depuis sa révélation, ce qui incite les parents à ne pas vouloir porter plainte. Ils craignent de traumatiser Amaury et ne veulent pas en rajouter, estimant que « Laurent est aussi un enfant ! ».

Type d'abus : Fellation sur l'enfant.

c) L'abuseur présumé

Laurent est né le 13/06/1987, il a 14 ans ½. Il est en 4^{ème}. Ses parents le présentent comme un adolescent sportif, ayant un réseau d'amis garçons et filles de son âge. Il leur semble avoir abordé tous les sujets avec leur fils, y compris celui de la sexualité. Ils disent n'avoir constaté aucun changement de comportement chez Laurent depuis 1 mois (entretien des parents avec la PMI le 20/11/2001).

Suite à leur convocation par le service de PMI, M. et Mme L. ont émis plusieurs hypothèses sur des faits graves qui pourraient leur être reprochés. Ils ont évoqué la maltraitance physique, les sévices sexuels et ont longuement discuté, incluant l'éventualité de la responsabilité de chacun des membres de la famille, sans trouver d'explication.

Il semble que l'emploi du temps de leur fils ne lui ait pas permis d'être seul avec Amaury. L'assistante maternelle dit assurer elle-même tous les soins des enfants, mais aussi qu'Amaury était autonome pour l'habillage et les toilettes. Elle précise que le lieu de sommeil de l'enfant était à l'étage.

Laurent n'a pas reconnu les faits. Il a rencontré la psychologue de la cellule maltraitance du service, Mme F. Vallée le 21/11/2001.

Suite à cet entretien, ses parents ont retenu que leur fils « va très bien, qu'il est équilibré et qu'il doit travailler avec sa conscience ».

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 24 octobre 2001 : révélation d'Amaury à sa maman.
- Le 4 décembre 2001 : signalement au Procureur.

- Le 10 décembre 2001 : suspension de l'agrément et saisine de la CCPD.
 - Le 17 janvier 2002 : CCPD et retrait de l'agrément à l'échéance de la suspension.
 - Le 11 mars 2002 : retrait de l'agrément.
 - En mai 2002 : classement sans suite de l'information judiciaire avec forte improbabilité que les choses aient pu se passer pour des questions d'horaire.
- Lors de l'enquête de gendarmerie, il a été dit à Laurent : « Tu es lavé de tout soupçon ».
- Le 29 mai 2002 : Mme L. souhaite reprendre son activité pour 2 enfants de 0 à 3 ans.
 - Le 7 juin 2002 : nouveau passage en CCPD, agrément pour 2 enfants de 0 à 3 ans.
 - Le 14 juin 2002 : restitution de son agrément à Mme L. (confirmation par le Procureur du classement judiciaire).

8. Cas clinique 8 (2002)

a) L'assistante maternelle

Madame L. est née en 1965. Elle est agréée depuis le 12/10/1999. Elle a arrêté ses études en 4^{ème}.

Au moment de la révélation : elle a 36 ans et un agrément pour 2 enfants de 0 à 10 ans. Elle a suivi la demi-journée de formation initiale des assistantes maternelles (le 11/03/2000). Elle a 2 filles (16 et 10 ans) et 1 garçon, François âgé de 13 ans ½.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Stéphane est en moyenne section de maternelle (sa date de naissance n'est pas retrouvée dans le dossier de la PMI). Du mois de mars 2001 au 18 janvier 2002, il va chez Mme L. après l'école pour le déjeuner et la sieste. C'est un enfant éveillé qui parle très bien et est très content d'aller chez l'assistante maternelle. Chez elle, pour la sieste, il dort dans la chambre de François.

Il ne voit jamais son père. Sa mère l'élève seule ainsi que son grand frère.

Le samedi 2/02/2002, à 19h30, quand la maman de Stéphane veut prendre sa température parce qu'elle le trouve chaud, il lui dit : « François m'a dit de sucer son zizi,

j'ai eu une goutte dans la bouche. » Sa maman lui demande : « Pourquoi as-tu fait ça ? » « Ce n'est pas moi, c'est François et il m'a fait comme ça » avec un geste de la main appuyant sur la tête. Stéphane dit cela d'une façon banale, très naturelle.

Le lendemain, dimanche, Stéphane n'en reparle pas spontanément mais la maman reprend : « La goutte, c'était quoi ? » « Ben, du pipi ! » « Et ça s'est passé où ? » « Dans la chambre de François, au moment du dodo, François était sur son lit. » « La porte était fermée ? » « Oui » « Tu l'as dit à Tata ? » « Oui » « Qu'est-ce qu'elle a fait ? » « Elle a grondé François, ce n'est pas bien. »

Le lundi 4/02/2002, Stéphane a redit la même chose, en étant plus gêné, à un pédopsychiatre de CMP. Celui-ci dit à sa mère qu'il n'y a aucun doute à avoir, et prévoit un autre rendez-vous avec Stéphane.

D'après sa mère, Stéphane est actuellement très difficile, il est grossier et très agressif avec les enfants. Il a des épisodes critiques de violence vis-à-vis de sa mère et même de ses tantes. Il dort correctement, ne fait pas de cauchemars. Il ne parlait pas de François avant.

La maman de Stéphane est en plein désarroi face à son fils. Elle recherche de l'aide tous azimuts. Elle a vu plusieurs pédopsychiatres.

Le 2/02/2002, après avoir entendu son fils, elle a été très choquée, puis a douté de ce qu'elle venait d'entendre. Elle a couché Stéphane et a appelé successivement le commissariat puis le 119, qui lui donnent des conseils contradictoires !

Sur les conseils du pédopsychiatre vu le 4/02/2002, elle prend rendez-vous le soir même avec l'assistante maternelle et son fils. Celui-ci reconnaît qu'un jour il s'est déshabillé et s'est mis tout nu devant Stéphane.

Mme L. dit que c'est impossible, mais elle contacte la maman dans la soirée. Le lendemain elle informe la maman de l'enfant que François a avoué : « Oui, un après-midi, il n'y avait pas d'école, la porte était fermée, ils se reposaient tous les deux et il a dit à Stéphane de lui faire un bisou sur son zizi. Il lui a dit de ne pas le dire. »

La maman de Stéphane a pris rendez-vous à la Brigade des Mineurs le jeudi 7/02/2002. Le témoignage de Stéphane a été enregistré et elle a porté plainte contre François. Elle a aussi emmené Stéphane en consultation à l'hôpital où il aurait été vu par un psychologue.

Type d'abus : pénétration buccale.

c) L'abuseur présumé :

François a 13 ans ½, il est né le 10/07/1988. Il est en 4^{ème} et est présent au domicile l'après-midi quand il n'y a pas d'école.

D'après sa mère, il est plutôt précoce et bien développé. C'est un jeune qui n'a pas de problème scolaire. Il échange assez bien, mais Mme L. le sentait plus agressif et moins à l'aise depuis quelque temps.

Le surlendemain de la révélation, Mme L. a emmené son fils voir leur médecin traitant. François a reconnu qu'il avait fait une erreur. Il a dit qu'il avait eu une « envie brutale », que cela ne lui était jamais arrivé auparavant et qu'il a eu très peur. Il a avoué les faits et se sent plutôt soulagé maintenant.

Mme L. est très affectée par cette situation. Elle ne comprend pas comment François a pu être amené à faire ça. La sexualité n'est pas un sujet tabou à la maison. Elle craint aussi pour les relations futures entre son mari et son fils.

d) Les démarches administratives et juridiques :

- Le 2 février 2002 : révélation de Stéphane à sa maman.
- Le 5 février 2002 : la maman de Stéphane alerte le service de PMI.
- Le 12 mars 2002 : suspension de l'agrément.
- Le 7 juin 2002 : passage en CCPD et retrait définitif de l'agrément.
- Le 16 septembre 2003 : audience pénale chez le Juge des Enfants : Admonestation et remise à parents.

9. Cas clinique 9 (2002)

a) L'assistante maternelle

Madame E. est née en 1958. Elle est agréée depuis le 13/03/2000.

Au moment de la révélation : elle a 44 ans et possède un agrément pour 2 enfants de 0 à 6 ans. Elle a un BTS comptabilité et une licence en droit. Elle a travaillé comme

secrétaire comptable et secrétaire de direction. En temps qu'assistante maternelle, elle a suivi la demi-journée de formation initiale (le 23/09/2000). Elle a 2 enfants d'un premier mariage (une fille de 22 ans et un garçon de 20 ans), puis Benoît qui a 12 ans.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion:

Sylvie est née le 27/01/1999, elle a 3 ans et 4 mois quand elle révèle les faits la concernant. Au moment des faits elle avait entre 2 ans ½ et 3 ans et 4 mois. Elle est gardée par Mme E. quatre jours par semaine (sauf le mercredi) et une partie des vacances scolaires. Ses parents viennent la chercher le soir vers 17 heures. Elle commence à bien parler. Elle a d'abord été chez une première assistante maternelle de mars à juillet 2000, date à laquelle elle est allée chez Mme E. Chez l'assistante maternelle, pour la sieste, elle dort dans une chambre à l'étage.

Sylvie ne peut avoir vu de cassette « pornographique » à la maison.

Ses parents n'ont pas souhaité porter plainte, en raison du jeune âge de Benoît et des bonnes relations entretenues avec la famille de Mme E. Mais ils souhaitent que Benoît bénéficie d'un suivi.

Le 7/06/2002, alors qu'elle a envie d'aller aux toilettes, Sylvie dit à sa maman : « Papa a un zizi, moi j'ai des fesses, Benoît aussi a un zizi » et elle fait le geste de lécher le zizi.

La maman dit : « Tu joues à la cuisine avec Clémentine et Blanche, et Thomas et Alison, ça t'arrive de jouer avec Benoît? » « Oui, à la bagarre, mais aussi », et elle minimise, « il me donne un bonbon, ce n'est pas rigolo, c'est interdit. » Il lui a mis son doigt au niveau du sexe et de l'anus, « Ce n'est pas drôle, c'est interdit. »

Ses parents avaient confiance, Sylvie avait un bon éveil et était ravie d'aller chez l'assistante maternelle. Sauf avant les vacances de Noël 2001 (peut-être durant les vacances de la Toussaint), elle était réticente pour aller chez Mme E. mais elle était d'accord pour aller à l'école. D'après Mme E. elle avait parfois un peu de mal à rester chez elle, mais ça passait vite. A la même période, alors qu'elle n'avait jamais été constipée, elle refusait d'aller à la selle. Elle a même eu un épisode de « caca-culotte » alors qu'elle était propre. Une fois sa maman a retrouvé quelques gouttes de sang dans sa culotte.

Type d'abus : attouchements avec pénétration (vaginale, anale, buccale).

c) L'abuseur présumé

Benoît est né le 30/05/1990, il a 12 ans. Il est en 6^{ème}. Il est rarement chez lui en même temps que Sylvie, sauf pendant les vacances scolaires ou lorsqu'il est malade.

Il ne reconnaît pas les faits.

Mme E. présente son fils comme le petit dernier, encore un peu bébé. Elle ne voit pas à quel moment cela aurait pu se dérouler. Il arrivait aux enfants de jouer ensemble, mais surtout à la bagarre. Elle va cesser tout accueil en juillet et doit déménager en Martinique pour suivre son mari qui y est muté (militaire de carrière). Elle avait de bonnes relations avec les parents de Sylvie.

Elle comprend la gravité des faits rapportés mais ne peut imaginer son fils de 12 ans les réalisant. Toutefois, elle dit aussi qu'on ne peut tout savoir de ses enfants.

Le médecin de PMI qui la reçoit reprend avec elle le fait que pour Benoît, les choses vont être lourdes à porter. Soit accusé à tort, soit se sentant coupable sans pouvoir le reconnaître. Le médecin propose un rendez-vous avec la psychologue de la cellule maltraitance du service, Mme F. Vallée.

Entretien avec F. Vallée, le 27/08/2002 :

L'assistante maternelle présente son fils comme un bébé.

Lui-même se présente comme un petit homme. Il n'y a aucune culpabilité chez lui. « Je ne l'aime pas cette gamine, elle me fait chier, c'est toujours moi qui suis puni pour elle ! » On note plutôt de la rivalité. Psychologiquement il va bien. Il présente une petite baisse scolaire. Il a des copains. « Je m'en fous de ce qu'elle a dit, du moment que ce n'est pas vrai. » « Je jouais de temps en temps par terre, elle m'accuse pour rien. »

La psychologue aborde avec lui ce qu'il en est de sa sexualité. Elle fait un travail de prévention auquel il est très attentif.

L'assistante maternelle est d'accord. Il est impulsif et influençable, mais elle a un bon dialogue avec lui. F. Vallée lui a recommandé de faire attention.

Un mois après, la psychologue revoit Mme E. Celle-ci trouve son fils plus mûr et plus réfléchi, il anticipe plus les situations. Cela l'a fait grandir. Ils en ont parlé avec le père et le frère aîné. La psychologue fait à nouveau un travail de prévention. Elle trouve que

Mme E. est dans le déni et la souffrance, mais elle est présente auprès de son fils et est plus attentive à lui. Elle a tenu compte de ce qui lui a été dit.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 7 juin 2002 : révélation par Sylvie à sa maman.
- Le 24 juin 2002 : entretien de Mme E. avec la PMI, durant lequel elle annonce vouloir arrêter tout accueil en juillet. Elle s'engage alors à envoyer, au service de PMI, une demande d'annulation d'agrément. Elle fait part aussi de son prochain déménagement en Martinique.
- Le 17 septembre 2002 : la PMI envoie à Mme E. une demande d'arrêt définitif d'agrément.
- Le 24 septembre 2002: l'assistante maternelle demande un Arrêt Temporaire d'Activité (ATA) et déménage en Martinique.
- Le 4 mars 2003 : passage en CCPD et retrait de l'agrément.
- Le 25 avril 2003: la PMI reçoit un courrier de l'avocate de Mme E. demandant l'annulation de la décision de la CCPD du 4/03/03 car la lettre recommandée pour la convocation est arrivée le 7/04/03 !
- Le 26 août 2003 : nouveau passage en CCPD et annulation du retrait. Décision d'un ATA jusqu'à la fin de l'agrément, et réévaluation à la reprise du travail.

Dans ce dossier, il n'y a pas eu de plainte déposée, ni de signalement au Procureur.

10. Cas clinique 10 (2002)

a) L'assistante maternelle

Madame R. est née en 1954. Elle est agréée depuis le 22/06/2001.

Lors de la révélation : elle a 48 ans, et détient un agrément pour 2 enfants de 0 à 3 ans (de jour) et 1 enfant de 3 à 10 ans (en périscolaire). Elle a un BEP agent administratif et a participé à la demi-journée de formation initiale des assistantes maternelles (le samedi matin). Elle a 3 enfants, 2 filles de 26 et 23 ans, et 1 garçon âgé de 14 ans (Jérôme).

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Timothée est né le 4/05/1998, il a 4 ans au moment des faits et de la révélation. Il est gardé par Mme R. en périscolaire, soit tous les soirs de 16h30 à 18 heures, les mercredis toute la journée et tous les jours des vacances scolaires. Chez elle, pour la sieste, il dort dans la chambre de l'assistante maternelle. Il a eu un petit frère en février 2001. Il a été scolarisé en septembre 2001, date à laquelle il a changé d'assistante maternelle pour aller chez Mme R. Sa première année de maternelle s'est bien passée, rien n'a été noté par son institutrice. C'est un petit garçon qui parle bien.

Sa maman travaille de 8h30 à 17h30, son papa travaille plus tard. Timothée n'a pas eu l'occasion de visionner des cassettes « porno » chez ses parents.

D'après l'assistante maternelle, Timothée est un petit garçon qui parle très bien. Il regarde beaucoup la télévision chez lui, des films et des émissions « violentes », qu'il aime raconter. Il est bien dans la réalité, n'apparaît pas affabulateur et n'a jamais eu de mots ou jeux à caractère sexuel. Il joue beaucoup (à la guerre). Il dort et mange bien. Il est propre et fait pipi debout comme un petit garçon (appris chez Mme R.).

Un soir de juin 2002, au moment du bain donné par son papa, Timothée tripote son sexe. Son papa le reprend : « Il ne faut pas faire ça. » Réponse de Timothée : « Jérôme m'a dit qu'il fallait faire ça ! » Au moment où il en parle c'est vécu par Timothée comme normal, il n'y a rien de mal. Toutefois, probablement à la suite de questions de ses parents, quelque temps plus tard, il se rétracte en disant : « Ce n'est pas vrai. » Les parents n'insistent plus, n'en parlent pas et le comportement de Timothée reste normal.

Le jeudi de la première semaine des grandes vacances, Timothée se masturbe sur son lit, en présence de sa mère. Celle-ci lui dit de ne pas faire ça et il réplique : « Si, Jérôme a dit qu'il faut le faire et en plus il m'a sucé ma bistouquette ! »

Après réflexion, les parents de Timothée supposent que les faits se seraient déroulés dans une chambre, la porte fermée, les deux enfants étant seuls et plutôt le matin. Les conditions seraient réunies le mercredi matin. Mme R. a reconnu qu'il était tout à fait possible que Jérôme et Timothée se soient retrouvés ensemble et seuls dans une chambre.

Les parents ne souhaitent pas eux-mêmes porter plainte car Jérôme est encore un enfant.

Type d'abus : fellation sur l'enfant.

Timothée va être suivi par un pédopsychiatre qui dira dans un courrier adressé au médecin traitant de l'enfant le 9/07/2002 : « Lors de l'entretien, l'enfant n'a pu évoquer qu'une partie des choses. Sa mère ne le trouve pas perturbé, et lors de cet entretien, je n'ai pas relevé de trait pathologique. Il est heureux que Timothée ait pu s'exprimer tout de suite. Il n'a pas de douleur particulière, pas de trouble du sommeil. Il apparaît gai, son appétit est bon. Les dessins qui ont été fait sont certes un peu difficiles à interpréter, mais je ne relève rien. Lors de l'entretien sa mère a décidé de le retirer de chez cette assistante maternelle et doit appeler la PMI. Je reverrai l'enfant en septembre. »

Dans un entretien téléphonique avec la PMI, ce pédopsychiatre conclura le 29/08/2002 : « Timothée va bien, il a extériorisé le problème. »

c) L'abuseur présumé

Jérôme a 14 ans, il est né le 30/03/1988. Il est en 5^{ème}.

Sa mère le décrit comme ayant encore un « caractère très enfant. » C'est le dernier enfant de la famille, il mesure 1m80, est sportif, serviable. Elle n'a remarqué aucun signe de malaise ni de trouble du comportement. Il commence à présenter quelques signes de puberté. Il n'a pas de « petite amie » mais a des copains. Il va rentrer en 4^{ème} Techno et sera interne à partir du 3/09/2002, du lundi au vendredi. Il sera présent à la maison les week-end et les vacances scolaires.

Jérôme a toujours nié avoir fait quelque chose avec Timothée et il continue de l'affirmer (le 29/08/2002). Il ne serait pas affecté par les paroles de l'enfant.

Il lui arrivait de jouer à la « playstation » avec lui dans sa chambre le mercredi matin ou pendant les vacances scolaires.

Quand la maman de Timothée lui a rapporté les dires de son enfant, Mme R. est « tombée des nues ». Le soir même elle a contacté son médecin traitant qui lui a

conseillé de prendre rendez-vous en pédopsychiatrie au CHU. Jérôme sera vu la semaine suivante. De cet entretien elle a retenu que « les deux enfants peuvent mentir. » Aucun suivi n'a été demandé.

Mme R. affirme ne jamais déléguer les soins corporels des enfants accueillis. Elle dit n'avoir aucune cassette à caractère pornographique chez elle. Elle n'a aucune explication sur ce qu'a dit Timothée, si ce n'est la télévision.

Bien que reconnaissant que les adolescents puissent nier leurs actes, elle apparaît intimement persuadée que son fils n'a rien fait. Elle s'en persuade en raison de la disposition des pièces de sa maison, et des dires et de l'attitude de Jérôme.

Au cours de l'entretien avec la PMI (29/08/2002), elle évoque un homme de leur connaissance, responsable d'un groupe sportif, qui s'est avéré être pédophile. Elle affirme que son fils n'a pas pu être seul en contact avec lui et que son mari et elle son particulièrement vigilants.

Le pédopsychiatre qui a vu Jérôme le 8/07/2002, notait dans un courrier adressé à son médecin traitant (le 10/09/2002) : « Durant l'entretien que j'ai pu avoir avec Jérôme, je n'ai pas retrouvé chez lui d'anomalie mentale majeure et je m'en suis tenu à une interrogation sur ce en quoi avaient pu consister les faits allégués. S'agit-il de faits imaginés par le jeune Timothée, et se situant soit dans le désir de vengeance vis-à-vis d'un grand garçon, soit dans un contexte de vie imaginaire et de fantasmes ? S'agit-il, au contraire, de faits réels qui se seraient produits et que le jeune Timothée voudrait révéler aux adultes pour qu'ils ne se reproduisent pas ? J'aurai personnellement tendance à accorder ma confiance à Jérôme chez qui je n'ai rien décelé qui puisse évoquer une perversion. Mais je ne peux, bien sûr, pas affirmer que les faits allégués ne se sont pas produits. »

La psychologue de la cellule maltraitance du service, Mme F. Vallée a, elle aussi, reçu Jérôme et sa maman le 24/10/2002. Elle conclura dans un courrier adressé le 23/12/2002 à la PMI : « Cette intervention ponctuelle permet de mettre des mots sur le vécu de chacun face aux présomptions d'abus sexuels et d'orienter, si besoin, le jeune vers une éventuelle consultation pour adolescent. » « Cette écoute, à un moment précis de l'histoire ne permet pas de faire la preuve des faits qui se seraient –ou non– passés, mais à pour but de redire la loi, de questionner sur la sexualité et ses

éventuelles dérives et d'en mesurer les conséquences psychologiques sur un jeune enfant. »

A cet entretien, l'assistante maternelle s'est sentie contrainte de venir. Elle est encore stupéfaite, son fils ne peut avoir fait ça. Elle a les larmes aux yeux. Elle décrit Timothée comme très mature, parlant comme un adulte. Il pouvait répéter des choses. Sa maman lui a redemandé de le garder à nouveau, Mme R. a refusé. Elle dit : «Je protège mon fils, je ne veux pas que cela le perturbe. » Ils en ont très peu parlé ensemble. A la fin de l'entretien, elle écoutait bien. Elle a pris conscience suffisamment de sa responsabilité, et a trouvé une bonne distance avec ses voisins (les parents de Timothée).

Lors de cet entretien, la psychologue ne retrouve pas de structure perverse chez Jérôme. Elle le décrit comme très grand et costaud, boutonneux. Elle ne l'a pas trouvée coupable. Il rougit quand elle parle de sexualité. Il serait peu intéressé par la sexualité, et dit qu'ils n'en parlent pas à la maison. Il parle un peu des filles avec ses copains. Il est très intéressé par le Bicross. Il a parlé des allégations avec sa sœur. Pour l'instant il met ça de côté, il verra ensuite.

Il se met bien à la place de l'enfant de 3-4 ans, et ne sait pas s'il en aurait parlé avec ses parents.

La psychologue a reparlé de la masturbation et des pulsions sexuelles. Elle a redit qu'un jeu pouvait dériver. Jérôme dit qu'il n'y a pas de jeu de corps à corps, qu'il n'est pas agressif et est contre la bagarre. Elle a essayé de lui faire comprendre que c'est normal qu'il ait une sexualité, mais soit avec des jeunes de son âge, soit seul. Et elle l'a redit devant sa maman.

Au total : Jérôme ne se sent pas coupable et Mme R. protège son fils. Mais elle n'est pas dans le déni total. Même s'il y a eu dérive, il semble, à Mme Vallée, qu'il n'y ait pas de risque de récurrence.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Début juillet 2002 : révélation par Timothée à sa maman.
- Le 6 août 2002 : information de la PMI par la maman.
- Le 3 décembre 2002 : passage en CCPD et maintien de l'agrément uniquement en dehors des vacances scolaires.

Ici, il n'y a pas eu de dépôt de plainte ni de signalement au Procureur.

11. Cas clinique 11 (2002)

a) L'assistante maternelle :

Madame H. est née en 1956. Elle est agréée depuis le 30/09/1992. Elle a le certificat d'études et a travaillé comme serveuse dans un café.

Au moment de la révélation : elle a 46 ans et un agrément pour 3 enfants de 0 à 10 ans. Elle n'a pas suivi de formation en rapport avec le métier d'assistante maternelle. Elle a 2 enfants, 1 garçon de 18 ans et 1 fille de 16 ans ½ (Amandine).

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion:

Ici 3 petites filles sont concernées par les abus sexuels.

• *Aurore*

Elle a 4 ans quand la première semaine de juillet 2002, elle révèle à sa maman des faits évoquant une situation d'abus sexuel. Elle est gardée par Mme H. depuis décembre 1999. Aurore est une petite fille très épanouie, bien dans la relation et dans l'échange. Elle parle très bien.

Le vendredi 5 juillet 2002, au moment de se mettre en pyjama, Aurore dit à sa maman, de façon tout à fait naturelle : « J'ai un secret, on a fait un jeu avec Amandine, elle bandait les yeux, on tirait la langue et on suçait les « néné » d' Amandine. On jouait à la maman. C'est la deuxième fois que je joue à ce jeu là. Il y avait Justine et Magali avec moi. »

Un jour, à la question de sa maman : « As-tu vu Amandine toute nue ? », Aurore avait répondu : « Un jour je suis rentrée dans sa chambre, elle avait une couche avec du sang, elle m'a dit de sortir. » Aurore n'avait pas été choquée car sa maman lui avait déjà parlé des règles.

Début juillet 2002, sa maman étant couchée, Aurore lui dit : « Tu as les mêmes seins qu'Amandine. » « Amandine a fait sucer les seins, c'était un jeu. »

Aurore dit avoir eu avec Amandine « Des jeux qu'on n'aime pas. » « On a les yeux bandés et on fait des bisous sur la bouche. »

- *Justine*

Elle a 7 ans au moment de la révélation. C'est la sœur d'Aurore. Elle est gardée depuis décembre 1999 par Mme H. en périscolaire (sauf les mercredis). Elle est suivie dans un Centre Médico-Psychologique depuis 3 ans. Elle parle bien.

Le 5 juillet 2002, après la révélation d'Aurore, leur maman questionne Justine. Celle-ci répond, un peu gênée : « C'est un secret, je ne veux pas le dire. » Puis elle confirme : « On a sucé Amandine, une fois seulement. Il s'agit seulement d'Amandine, pas tonton, ni qui que ce soit d'autre. » Il n'y avait aucune violence. Les filles étaient ce jour là dans le salon, devant la télévision avec Amandine, pendant que l'assistante maternelle étendait du linge dans le jardin en discutant avec sa voisine (pendant $\frac{3}{4}$ h – 1 heure) !

Le lundi soir 8 juillet 2002, Amandine nie. Justine dit à sa mère : « Amandine est venue me réveiller pendant la sieste et elle m'a dit de ne pas dire à maman qui ne serait pas contente après Amandine. »

Depuis début juillet 2002, quand la maman allait réveiller ses filles, elles lui tripotaient les seins. (Depuis le début de l'année 2002, la maman avait des doutes sur ce qui se passait chez l'assistante maternelle, sans savoir quoi).

Une cassette sur la sexualité a été passée dans le cadre du CMP, sans que rien ne soit repéré sur le comportement de Justine.

Suite aux faits, les deux petites filles verront un psychologue du CMP qui conclura que « tout est resté dans le cadre du jeu. »

Lors d'un entretien entre la PMI et la maman d'Aurore et Justine, le 23/10/2002, celle-ci affirme que ses deux filles ne sont pas traumatisées par Amandine. Elles vont la voir spontanément quand elles la rencontrent au parc.

- *Magali*

Elle est née le 3/01/1998. Elle a 4 ans ½ lors de la révélation. Elle avait entre 3 ans et 4 ans ½ au moment des faits. Elle est accueillie par Mme H. depuis l'âge de 6 mois. Elle vit seule avec sa maman. Elle parle très bien (faisait des phrases à 2 ans ½). Elle est vive, enjouée, très ouverte et était contente d'aller chez son assistante maternelle pour jouer à la poupée et faire des coloriages. Elle est assez demandeuse de câlins et recherche la compagnie masculine. Elle aimait bien aller sur les genoux du mari et du fils de Mme H. Chez Mme H., pour la sieste, elle dort dans sa chambre ou dans celle de son fils.

Le 12/07/2002, après avoir reçu l'appel de la maman de Justine et Aurore, l'informant de leurs révélations, la maman de Magali demande à sa fille si elle jouait aussi avec Amandine.

Celle-ci lui répond : « Oui, Amandine a dit de sucer les seins, mais qu'une fois. » Elle finit sa phrase par une série d'onomatopées puis refuse d'en dire plus.

Quelques jours après, elle dit à sa mère (propos qu'elle répètera à sa baby-sitter) : « Amandine dit de ne pas le dire à maman ni à « tatate », car tatate va gronder Amandine. » « Les jeux d'Amandine c'est nul. »

Depuis 18 mois, Magali était plus réticente pour aller chez Mme H. Elle disait : « Les jeux d'Amandine c'est nul. » Le soir elle refusait d'embrasser Amandine pour lui dire au revoir.

Un soir, elle vint rejoindre sa maman sur son lit. Elle avait un « popi » : « C'est le papa » et une poupée : « C'est la petite fille. » Elle les a fait s'embrasser sur la bouche de façon insistante. Sa maman lui a dit que c'était interdit. Malgré cela, elle a continué. Sa maman a alors redit fermement l'interdit au regard de la loi qui punit les auteurs de ces actes. Elle a alors cessé son jeu.

Depuis la fin de la garde (12/07/2002), elle ne parle plus de Mme H.

Type d'abus : jeux sexuels avec attouchements.

c) L'abuseur présumé

Amandine est née le 1/10/1985. Elle a 16 ans ½ en juillet 2002. Elle est en 2^{ème} année de CAP d'aide aux personnes. Elle a de bonnes notes. Elle a des antécédents de difficultés scolaires avec des difficultés à écrire, pour lesquelles elle a bénéficiée d'un suivi orthophonique. Elle a fait une SEGPA.

D'après sa maman Mme H., c'est une fille de 16 ans qui fait bien son âge. Les enfants accueillis étaient attirés par elle. Ils n'allaient jamais jouer dans sa chambre.

La maman d'Aurore et Justine trouve qu'Amandine est encore très enfant dans sa façon d'être. Elle jouait beaucoup avec les enfants (barbie) et prenait plaisir à jouer avec eux. Elle a beaucoup de mal à assumer son physique. Elle a grandi plus vite dans son corps que dans sa tête. Elle pense qu'Amandine a réalisé son erreur. Elle s'est excusée auprès des enfants.

Suite aux dires des petites filles, l'assistante maternelle interroge Amandine qui commence par nier. Puis elle demande à voir la maman d'Aurore et Justine. Elle lui raconte ce qui s'est passé dès le mardi soir 9/07/2002.

Mme H. emmène alors Amandine voir son médecin traitant. Celui-ci conseille un rendez-vous avec un pédopsychiatre de ville.

Entre juillet 2002 et mai 2003, Amandine sera vue à trois reprises par ce pédopsychiatre. Celui-ci conclura en juillet 2003 : « Excellent investissement de la jeune fille dans un travail psychothérapique. Qualité de l'élaboration psychologique. Pas de raison de poursuivre. »

Suite à la plainte déposée par la maman de Magali le 16/07/2002, Amandine et ses parents sont convoqués à la gendarmerie. Lors de l'entretien, seule avec les gendarmes, Amandine avoue les faits et révèle avoir été elle-même abusée sexuellement, environ 2 ans auparavant par un élève du collège. Le directeur de l'établissement, mis alors au courant, aurait préféré ne rien dire aux parents ! M. et Mme H. ignoraient effectivement ce fait concernant leur fille.

Amandine accepte de parler à ses parents après la convocation à la gendarmerie. Elle a conscience d'avoir fait des « bêtises ».

Suite à l'entretien à la gendarmerie, Amandine et ses parents sont aussi convoqués par le Juge des Enfants. Celui-ci demande une expertise psychiatrique d'Amandine et une AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert).

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 5 juillet 2002 : révélation par Aurore et Justine à leur maman.
- Le 6 juillet 2002 : la maman informe l'assistante maternelle.
- Le 9 juillet 2002 : Amandine avoue les faits.
- Le 12 juillet 2002 : la maman des deux petites appelle la maman de Magali.
- Le 12 juillet 2002 : révélation de Magali à sa maman.
- Le 13 juillet 2002 : cette dernière va se renseigner à la gendarmerie.
- Le 14 juillet 2002 : elle licencie Mme H. pour faute grave.
- Le 16 juillet 2002 : elle porte plainte.
- Le 19 juillet 2002 : la plainte est transmise au Procureur.
- Le 7 août 2002 : Classement Sans Suite au Pénal.
- Le 16 septembre 2002 : information du CMS (et donc de la PMI) par la maman de Magali.
- Le 30 septembre 2002 : suspension de l'agrément.
- Le 25 novembre 2002 : la maman de Magali consulte la cellule d'accueil spécialisée du CHU de Nantes.
- Le 3 décembre 2002 : passage en CCPD et maintien de l'agrément avec :
 - Bilan en juin 2003 par une puéricultrice
 - Formation très rapidement
 - Rencontre avec le médecin responsable de la PMI à l'issue de la formation
 - Engagement du suivi thérapeutique d'Amandine.
- Le 8 août 2003 : compte-rendu du bilan d'évaluation de Mme H. fait par une puéricultrice.
- Le 3 octobre 2003 : Mme H. débute sa formation au sein d'un groupe d'assistantes maternelles.

12. Cas clinique 12 (2002)

a) L'assistante maternelle

Madame M. est née en 1967. Elle est agréée depuis le 18/06/1992.

Au moment de la révélation : elle a 35 ans et un agrément pour 2 enfants de 0 à 6 ans. Elle a un CAP de coiffure, le BAFA et a fait un stage d'un an dans une école primaire. Elle n'a suivie aucune formation concernant son activité d'assistante maternelle. Elle a 3 garçons, âgés de 14 ans (Arnaud), 11 ans et 7 ans.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Emilie est née le 12/04/1999. Elle a 3 ans ½ lors de la révélation. Elle a été gardée par Mme M. de septembre 2000 à août 2002, les après-midi, 4 jours par semaine. Depuis septembre 2002, elle est scolarisée à temps plein. Elle parle très bien et nomme facilement.

Evènements difficiles : 2 déménagements (le dernier début novembre 2002), licenciement de la maman et intervention chirurgicale de la maman (kyste de l'ovaire) le 24/10/2002.

Elle a une sœur de 9 ans. Elle a eu l'occasion de voir son papa tout nu.

Mme M. décrit Emilie comme étant très calme chez elle. Elle mangeait bien, était gaie, souriante et pétillante. Elle l'appelait par son prénom « Rita ». Ca se passait bien avec elle. L'apprentissage de la propreté s'est fait avec elle, rapidement et sans incident, en accord avec les parents. Emilie était propre (pour les urines) avant 3 ans.

Il lui est arrivé de voir Gilles (17 mois) tout nu et de dire : « Il a un zizi, c'est un garçon. » Emilie a pu avoir accès au « Guide du zizi sexuel de Titeuf » que les fils de Mme M. regardent beaucoup.

Le 22/10/2002, au retour de l'école, Emilie et sa maman croisent Mme M. et Arnaud. Arrivée à la maison, Emilie rejoint sa sœur aînée (Nathalie 9 ans) qui regardait la télévision, allongée sur le lit des parents. Elle a alors raconté à sa sœur une scène

qu'elle a répétée ensuite devant sa maman. Arnaud l'a allongée sur le canapé, lui a enlevé sa culotte, a baissé ses vêtements et il s'est allongé sur elle, le sexe entre ses cuisses. Il a mimé une personne prenant du plaisir sexuel. Il ne lui a pas fait mal.

Emilie ne donne pas de date précise, elle dit : « Quand j'étais petite, quand Rita était partie à l'école chercher les enfants. »

Depuis plusieurs mois (depuis l'âge de 2 ans ½), Emilie présente des troubles du comportement. Elle parle beaucoup de « zizis », de « sucer les zizis ». Elle parle beaucoup d'Arnaud. Une fois la maman d'Emilie s'est entretenue avec Mme M. à ce sujet. Celle-ci lui a dit qu'Emilie avait pu voir son fils aîné (Arnaud) aux toilettes ou nu dans sa douche. Elle regardait beaucoup la télévision chez l'assistante maternelle et « Titeuf » en particulier. La maman trouve qu'elle dit beaucoup de « gros mots ». La réflexion faite à Mme M. à ce sujet a semblé efficace. Mais la maman gardait l'impression que la pudeur n'était pas la règle dans cette famille où ils semblaient très libres.

Depuis l'été, Emilie présente une énurésie nocturne. Elle ne va jamais à la selle aux toilettes et réclame toujours une couche, puis s'isole. Elle se plaint que les vêtements la gênent, elle les trouve trop petits. Elle a peur des clowns, des marionnettes, des « méchants ». Elle voit des méchants partout. Elle a eu très peur d'un masque porté par Arnaud. Elle ne fait pas de cauchemars.

Emilie semblait aller volontiers chez Mme M. Elle a simplement dit une ou deux fois qu'elle ne voulait pas aller chez « Rita », et une fois : « Je n'aime pas Rita, parce que ! »

Le 11/12/2002, la maman d'Emilie emmène sa fille en consultation à la cellule d'accueil du CHU de Nantes. Les médecins parlent alors de Troubles Obsessionnels Compulsifs, avec lavages excessifs, difficultés pour l'habillage et le déshabillage, problème de propreté pour les selles.

Type d'abus : attouchements et pénétration buccale.

c) L'abuseur présumé

Arnaud est né le 10/11/1988, il a 14 ans quand Emilie révèle les faits d'abus sexuel. Il est en 3^{ème} et n'a pas de problème scolaire. Il veut être pâtissier.

Sa maman, Mme M., le décrit comme très sensé et très serviable. C'est le petit « homme » de la maison. Il n'a pas de propos ni de geste déplacés. Il est attentif aux enfants. Il s'occupait beaucoup d'Emilie, et ils jouaient souvent ensemble. Elle n'a jamais eu de problème avec Arnaud, il rentre toujours à l'heure. Il joue au foot devant chez eux. Il a quelques amis mais dit ne pas avoir de petite copine. Il est calme, regarde la télévision (dessins animés), lit des bandes dessinées pour garçons. Les trois frères jouent peu ensemble. Il n'y a pas de cassette porno à la maison. Elle et sa famille ont été amenées à parler du SIDA, des préservatifs, de la protection vis-à-vis d'adultes potentiellement agresseurs.

Suite à la révélation d'Emilie, Mme M. en parle avec son fils. Celui-ci pleure, il ne sait pas quoi dire. Arnaud ne comprend pas qu'on puisse dire des choses comme ça, il trouve ça affreux. Il est perturbé.

Arnaud est décrit comme pudique. Il ne se montre jamais nu devant ses frères. Emilie ouvrait la porte des toilettes facilement.

Lors de l'entretien de Mme M. avec la PMI le 19/11/2002, elle et son mari se disent très choqués, ils n'ont rien fait pour Arnaud.

Elle reconnaît qu'il est arrivé qu'Emilie reste à la sieste sous la surveillance d'Arnaud pendant environ 20 minutes !

Arnaud et ses parents ont été reçus à quatre reprises, par la psychologue de la cellule maltraitance du service, Mme F. Vallée. Elle a entrepris avec eux un long travail d'accompagnement et d'élaboration.

Dans un premier temps, Arnaud nie les faits. Lors du premier entretien, il est sur la défensive. Par contre, il est très attentif et bien à l'écoute du message de prévention de la psychologue, par rapport à la sexualité et aux conséquences des abus sexuels sur les petits de 3 ans.

Après un travail d'élaboration, entre le 2^{ème} et le 3^{ème} entretien, Arnaud a pu dire à ses parents les actes qu'il avait commis.

Lors du 3^{ème} entretien avec la psychologue, Arnaud se dit soulagé d'avoir pu parler à ses parents. Il dit qu'il croyait qu'un enfant de 3 ans ne se souviendrait pas des faits. Il

affirme qu'il s'est trompé. Mme F. Vallée lui a alors redit qu'un enfant de 3 ans souffre autant qu'un adolescent.

Il lui confie aussi, qu'il avait compris, que s'il disait la vérité à ses parents, ceux-ci l'aimeraient toujours, mais par contre qu'ils lui feraient moins confiance. Et ça, il ne le voulait pas. Grâce au travail entrepris avec la psychologue, Arnaud a pu passer au-dessus de ce sentiment, et avouer les faits à ses parents.

Le 6 mars 2003, Arnaud demande un nouvel entretien à Mme F. Vallée. Il est inquiet, car il pense que son passage à l'acte fait de lui un pédophile ! La psychologue travaille alors avec lui, sur le choix que l'on prend et la responsabilité que l'on a, lorsque l'on est pédophile. Dans son cas, il s'agit d'un passage à l'acte, qu'il faut assumer, mais cela ne fait pas de lui, pour autant, un pédophile.

Il est intéressant de noter, qu'avant d'avoir reconnu les faits devant ses parents, Arnaud présentait une chute de son niveau scolaire. Après sa révélation, il a fait de gros progrès à l'école.

Dans le même temps, la psychologue a aussi fait un travail d'accompagnement de l'assistante maternelle et de son mari. Cet événement a été très dur pour eux et en particulier pour le père d'Arnaud. Les parents doutaient de leur fils, ils voulaient le croire, mais n'était pas certains à 100%. Arnaud a aussi pris conscience de ça.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 22 octobre 2002 : révélation d'Emilie à sa sœur.
- Le 10 novembre 2002 : information du service de PMI par les parents d'Emilie.
- Le 22 novembre 2002 : signalement au Procureur de la République par la PMI.
- Le 28 novembre 2002 : suspension d'agrément.
- Le 1^{er} février 2003 : Arnaud s'est expliqué devant les enquêteurs et a reconnu des faits de fellation commis à son domicile sur la fillette au cours de l'année 2001 ! (Il s'agit ici de ce que nous avons appelé pénétration buccale).
- Le 3 février 2003 : Le vice-Procureur confie le dossier au Tribunal de Grande Instance et décide de saisir le Juge des enfants.
- Le 4 mars 2003 : passage en CCPD et retrait d'agrément.
- Le 20 novembre 2003 : requête pénale en cours.

- Le 15 avril 2004 : audience de cabinet : Liberté surveillée avec suivi en Centre d'Action Educative (CAE).

13. Cas clinique 13 (2002)

a) L'assistante maternelle

Madame S. est née en 1950. Elle est agréée depuis le 28/04/1997. Elle a un CAP et a travaillé comme responsable adjointe d'une cafétéria.

Au moment de la révélation : elle a 52 ans et possède un agrément pour 2 enfants de 0 à 6 ans (de jour) et 1 enfant de 3 à 10 ans (en périscolaire). Elle a participé à la demi-journée de formation initiale des assistantes maternelles (le 11/10/1997) et en décembre 2002 elle fait partie d'un groupe de formation. Elle a 5 enfants : 3 garçons âgés de 33, 28 et 10 ans (Alain), et 2 filles de 32 et 25 ans.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Laure est née le 2/07/1998. Elle a 4 ans ½ quand elle révèle des faits qui ont pu se dérouler entre septembre 2000 et novembre 2002 (2 ans et 2 mois et 4 ans et 5 mois), période pendant laquelle elle a été accueillie par Mme S. Elle était gardée par elle en périscolaire, le matin, le midi, le soir, le mercredi et parfois la nuit. Chez Mme S. elle dort dans le lit de sa fille.

D'après l'assistante maternelle, Laure est une petite fille qui « aime être le centre d'intérêt ». Elle parle très bien, et Mme S. la décrit comme assez « affabulatrice ». D'après celle-ci, Laure vit seule avec sa mère de 38 ans, ses parents sont séparés. Laure voit peu son père, et sa mère est séparée depuis 2 mois de son ami, qui lui-même avait 2 enfants que Laure voyait souvent. Elle est très entourée par sa grand-mère et sa tante. Mme S. est la 2^{ème} assistante maternelle de Laure.

Le 13/11/2002, après la douche, Laure dit à sa maman : « Alain m'a fait des « guilis » sur le « titi » et n'a pas demandé la permission. » Le jeudi 14/11/2002 au soir, sa

maman informe l'assistante maternelle que Laure lui a dit la veille : « Alain m'a chatouillé dans mon pantalon. »

Le 26/11/2002, Laure consulte une pédiatre de la cellule d'accueil du CHU de Nantes. Celle-ci dit d'elle : « Laure semble très affectée par ce qui lui est arrivé. Elle dit ne pas vouloir s'en souvenir, mais accepte sans problème l'entretien seule. Elle dit : « Alain m'a touché mon titi plusieurs fois dans le salon, dans la chambre, dehors. » « Il a baissé ma culotte et mon pantalon. » Elle dit qu'elle n'a pas vu son zizi, qu'il ne lui a pas fait mal, sauf quand il a « mis le doigt dans le fond. » Elle dit : « Il a fait qu'avec moi, pas à Pascale, ni à Mélanie, ni à Ludovic. » Elle dit que c'est arrivé pendant que « tata » s'occupait des bébés. Les propos de cette petite fille nous paraissent très clairs, elle s'exprime très bien, a du mal, bien sûr compte tenu de son âge, à se remémorer les dates et la durée dans le temps, mais précise bien que cela a eu lieu à plusieurs reprises. Laure semble très affectée par l'intrusion et l'effraction subies. »

D'après l'assistante maternelle, un jour en fin d'été, Laure s'est plantée devant elle et lui a dit : « Tu vois, je sais comment on fait les bébés ! » et elle a écarté les jambes et a mimé avec un geste de la main. Mme S. dit avoir pensé que la mère de Laure allait trop vite, mais elle n'en a jamais parlé avec elle.

Type d'abus : attouchements avec pénétration.

c) L'abuseur présumé

Alain est né le 30/07/1992. C'est le dernier de 5 enfants. Il est arrivé 15 ans après les autres, sa mère avait alors 42 ans. Il a 10 ans et 3 mois quand Laure fait sa révélation. Il est en CM2 et est présent au domicile le midi pour déjeuner, le soir après l'école et le mercredi.

Sa maman le décrit comme un enfant de 10 ans ouvert, bien dans sa peau (1m50). Il n'a pas de problème scolaire. Il a des copains, fait du théâtre et de l'équitation. Quand il fait des bêtises, il ne sait pas les cacher.

Il n'est pas encore en phase pré pubertaire. Sa maman ne sait pas très bien ce qu'il sait de la sexualité. Il n'y a aucune cassette porno, ni livre sur la sexualité accessible aux enfants dans la famille.

Mme S. raconte (le 10/12/2002) à la PMI, un épisode qui s'est déroulé ce trimestre. Elle était avec Alain devant la télévision, une publicité pour « tampons hygiéniques » est passée. Alain a demandé à sa mère où les filles le mettaient. La maman a répondu « dans le vagin ». Alain ne l'a pas questionné plus. Elle ne pense pas qu'il se soit renseigné auprès de son père ou de ses aînés, car aucun ne lui en a parlé.

Par rapport à la révélation :

Après le départ de la maman de Laure, le 14/11/2002, Mme S. pose la question à son fils. Elle dit qu'il l'a regardée très surpris et a tout de suite évoqué des « chatouillis » en disant que Laure avait confondu.

Le lendemain soir devant Laure et sa maman, l'assistante maternelle dit à Laure : « Si cela s'est vraiment passé, Alain sera grondé très fort, mais si ce n'est pas vrai, il faut le dire, tu ne pourras plus rester chez Tatie. Est-ce que tu as dit cela pour qu'on s'occupe de toi ? » La petite fille aurait hoché de la tête.

Après le retrait de la garde, Mme S. reverra la maman de Laure une fois (celle-ci vient rechercher un livre oublié). Son attitude choque alors Mme S., car la maman ne semble pas consciente du bouleversement vécu par l'assistante maternelle.

Mme S. qui a totalement conscience de ses responsabilités, autant auprès des enfants accueillis que de son fils, cherche une aide auprès de son mari, de ses enfants aînés, de son médecin traitant et du service social du secteur.

Elle dit épier inconsciemment son fils et ne veut pas que lui soit attachée une étiquette. Elle souhaite donc sortir du doute complètement. Toutefois, elle a tendance à croire ce qu'Alain lui dit.

Elle pense que s'il avait fait quelque chose, elle le saurait maintenant, car il n'a jamais varié ses dires. Devant les questions il a toujours répondu : « Pourquoi est-ce que vous voulez me faire avouer quelque chose que je n'ai jamais fait ? »

Mme S. est en demande d'aide pour Alain et pour elle-même. Elle est tout à fait d'accord pour rencontrer la psychologue du service F. Vallée. Elle a déjà préparé Alain à cette éventualité et celui-ci serait aussi d'accord.

Elle souhaite être un soutien pour son fils, car elle a compris qu'il porte un poids trop lourd pour son âge, qu'il ait commis ou non ces actes. Elle est d'accord pour avoir aide et soutien de la part des travailleurs sociaux du CMS.

F. Vallée a rencontré Alain et ses parents à deux reprises. Elle a précisé avec lui et ses parents, à la fois les besoins de connaître, les limites et les interdits, et la nécessité du respect du corps de l'autre.

Le 18/12/2002, elle dit au médecin de PMI, qu'elle pense, en effet, concernant l'agrément, qu'il n'y a pas de raison de donner suite.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 13 novembre 2002 : révélation de Laure à sa maman.
- Le 14 novembre 2002 : information de la révélation par la maman à Mme S.
- Le 26 novembre 2002 : la maman emmène Laure en consultation au CHU.
- Le 9 décembre 2002 : le CHU informe la PMI.
- En mars 2003 : le dossier est discuté entre les médecins de PMI et le sous-directeur Enfance Familles Jeunes. Devant les éléments suivant :
 - L'attitude très responsable de l'assistante maternelle.
 - Le très jeune âge d'Alain. Si les faits se sont produits, il s'agirait plus vraisemblablement encore de jeux exploratoires que de suspicion d'abus sexuel.
 - La volonté de Mme S. d'accepter le rendez-vous avec F. Vallée.

Il est décidé de ne pas donner de suite judiciaire, de maintenir l'agrément, par contre une proposition d'aide par les travailleurs sociaux du secteur serait utile.

- Le 19 mars 2003 : courrier du sous-directeur Enfance Familles Jeunes adressé à Mme S. : « Au vu des éléments recueillis et notamment de votre entretien avec les médecins de PMI, je ne remets pas en cause votre autorisation d'accueil. En effet, malgré l'incertitude qui subsiste sur la réalité des faits, votre capacité de réflexion et votre attitude protectrice, tant vis-à-vis des enfants accueillis que de votre propre enfant, permettent d'apporter des garanties sur la qualité de l'accueil. Je vous rappelle que les travailleurs sociaux sont à votre disposition pour vous apporter une aide et un soutien. »

Dans ce dossier, aucune plainte n'a été déposée, il n'y a pas eu de signalement au Procureur ni de passage en CCPD.

14. Cas clinique 14 (2002)

a) L'assistante maternelle

Madame G. est née en 1952. Elle est agréée depuis le 30/09/1992. Auparavant elle a travaillé comme secrétaire médicale. Son mari est décédé accidentellement le 15/01/2002.

Au moment de la révélation : elle a 50 ans. Elle a un agrément pour 2 enfants de 0 à 3 ans et 1 enfant de 3 à 10 ans. Elle n'a suivi aucune formation en rapport avec la profession d'assistante maternelle. Elle a 3 enfants : 2 garçons âgés de 20 et 15 ans (Jean), et 1 fille de 18 ans.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Ici 2 petites filles sont concernées par les abus sexuels.

- *Estelle*

Elle est née le 30/04/1998. Elle a 4 ans ½ au moment des faits et de la révélation. Elle va chez Mme G. en périscolaire le mercredi depuis un an. Chez elle, Elodie dort, pour la sieste, sur un matelas par terre dans sa chambre avec Marianne et Laurène. Elle dort bien et va bien.

Le 11/12/2002, au moment de partir de chez Mme G., la maman d'Estelle et Laurène (18 mois), entrevoit dans la cuisine, Jean bousculer sèchement Constantin (il le secoue et dit : « Tu t'assois ici »). Dans sa voiture, la maman demande à sa fille si Jean est gentil avec elle. Estelle lui répond : « Non, il n'est pas très gentil, il a mis son doigt dans mon « pissou » et à Marianne aussi. » « Il a retiré ma culotte, il a mis qu'un doigt. Ses doigts ils étaient froids. Il l'a fait d'abord à moi, puis après c'était Marianne. » « Mady a dit : « Ouvres les volets pour qu'elles se réveillent. » Il n'a même pas fait quelque chose à Laurène et même pas quelque chose à Constantin. »

Estelle a dit que c'était la première fois.

Ses parents ont appelé les parents de Marianne le soir même et ont porté plainte.

- *Marianne*

Elle est née le 31/05/1999. Elle a 3 ans ½ au moment des faits et de la révélation. Elle est gardée, depuis deux ans, par Mme G. en périscolaire le mercredi et le soir après l'école.

Le 11/12/2002 au soir, après l'appel téléphonique des parents d' Estelle leur faisant part « qu'il s'était passé quelque chose pendant la sieste avec Jean», les parents de Marianne lui demandent s'il y a eu quelque chose dans l'après-midi. Elle leur répond : «Jean m'a mis le doigt dans les fesses et j'ai dit aie. »

Aux médecins, elle dira un peu plus tard : « Il a mis du rouge sur mes fesses. Il voulait que je sois assise pour toucher mes fesses. Il a rentré son doigt dans les fesses où on fait pipi. »

Les parents de Marianne ont porté plainte aussitôt.

D'après la déposition, cela aurait pu se produire plusieurs fois. L'enfant emploie le mot « d'habitude. »

La semaine suivant la révélation, Marianne est choquée. Le 19/12/2002 elle va mieux. Marianne était « propre » depuis longtemps, sauf chez l'assistante maternelle où il fallait des couches. Simple coïncidence ou relation de cause à effet ? !

Type d'abus : attouchements avec pénétration.

c) L'abuseur présumé

Jean est né le 10/04/1987. Il a 15 ans et est en 2^{nde}. Il suit à l'école avec quelques difficultés mais progresse. Il n'est pas en échec scolaire. Il est scout d'Europe et veut devenir militaire. Il a des copains mais pas d'amie fille.

Jean est décrit par sa mère comme étant un jeune sans problème. Il est un peu moins obéissant que son frère, et aime bien regarder la télévision. Son grand frère le trouve équilibré. Il n'est pas ressenti, par sa mère, comme étant renfermé. Néanmoins il exprime peu ses sentiments, ce qui a frappé sa sœur à la mort de leur père. En effet, à cette occasion, Jean n'a pas pleuré !

Mme G. ne sait pas encore où en est Jean dans son développement pubertaire. Il mesure 1m60 et ne se rase pas. La sexualité semble peu parlée. Toutefois, Mme G. lui a donné un livre comme aux deux aînés, et des cours d'éducation sexuelle sont faits à l'école. Il n'y a pas de cassette porno à la maison.

Le soir où elle a été informée de la révélation des petites filles, Mme G. a interrogé Jean. Celui-ci est devenu blanc, il était choqué et n'avouait pas. Il niait. Le lendemain les parents des filles lui ont dit qu'il y avait eu pénétration. Jean, à nouveau interrogé par sa mère, a fini par avouer le soir (le matin il niait encore).

Le 11/12/2002, Mme G. était dans la cuisine et donnait son biberon au bébé. Elle a entendu des rires dans la chambre et a demandé à son fils d'aller ouvrir les volets. Après la sieste, les petites filles ont joué comme d'habitude tout l'après-midi. Rien n'a alerté Mme G.

Pour l'assistante maternelle, les faits ne se sont déroulés qu'une fois. Elle affirme que jamais Jean n'était chargé des enfants, ni des soins, ni des repas, ni de la garde. Il a toute fois repris le petit Constantin qui faisait des bêtises, le mercredi soir au moment où les parents reprenaient leurs filles !

Lors de son audition à la Brigade des Mineurs le 20/12/2002, Jean a reconnu sans difficulté « avoir lors de la sieste, baissé la culotte de Marianne et d'Estelle, et avoir introduit son index droit dans le vagin de chacune des filles. » Il dit que sa conduite était dictée par « une pulsion sexuelle » sans pour autant expliquer réellement la raison de son geste. Il ajoute avoir voulu « voir comment était constitué le sexe d'une femme. » Il n'a connu à ce jour aucune expérience d'ordre sexuel et déclare ne connaître la constitution de l'homme et de la femme qu'à travers les manuels scolaires. Il déclare avoir agi ainsi qu'une seule fois le mercredi 11/12/2002. C'est les circonstances (bruits dans la chambre des enfants, et le fait que sa mère ne les ait pas entendus immédiatement) qui ont fait que Jean a agi ainsi sans avoir conscience de la gravité de son geste.

Lors de son entretien avec la PMI (le 19/12/2002), Mme G. affirme que Jean a pris conscience de la gravité. Il ne s'était pas rendu compte des suites, mais aujourd'hui il a découvert les conséquences : arrêt de travail de sa maman, amende, tribunal, réputation. Jean a-t-il perçu les conséquences pour les enfants ? Mme G. affirme que oui, elles ont été nommées en famille.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 11 décembre 2002 : révélations des faits du jour même à leurs parents par Estelle et Marianne. La garde des 2 petites filles est suspendue.
- Le 12 décembre 2002 : consultations au CHU.
- Le 13 décembre 2002 : une plainte est déposée par les 2 familles à la Brigade des Mineurs.
- Le 13 décembre 2002 : information de la PMI par l'unité d'accueil d'enfants en danger du CHU.
- Le 20 décembre 2002 : signalement au Procureur de la République par la PMI et suspension d'agrément.
- Le 15 janvier 2003 : le Procureur de la République informe le service de PMI que Jean a reconnu les faits et que, dès réception de la procédure pénale, il envisage de saisir le Juge des Enfants.
- Le 4 mars 2003 : passage en CCPD et retrait d'agrément. (Mme G. avait cessé d'elle-même son activité le 13 décembre 2002).
- Le 20 août 2003 : le dossier est à l'examen chez le Procureur.
- Le 13 avril 2004 : Le substitut du Procureur saisit le Juge des Enfants en requête pénale.

15. Cas clinique 15 (2003)

a) L'assistante maternelle

Madame H. est née en 1958. Elle est agréée depuis le 27/10/1999. Elle a un BEP comptable.

Au moment de la révélation : elle a 44 ans, et possède un agrément pour 2 enfants de 0 à 3 ans et 1 enfant de 3 à 10 ans. Elle a suivi la demi-journée de formation initiale le 16/12/2000. Elle a 3 garçons âgés de 15 ans ½ (Martin), 13 ans et 11 ans.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Jeanne est née en octobre 1998. Elle a 4 ans ½ lors de la révélation. Elle est gardée les mercredis par Mme H. depuis septembre 2002. Elle a un langage développé, mais ne s'est pas exprimée, auprès de l'assistante maternelle, sur ce qui s'est passé.

Le 10/03/2003, Jeanne révèle avoir été victime d'attouchements à l'occasion « d'essuyage » aux toilettes par Martin.

Au moment de la sieste, Martin est allé porter un petit clown musical à la fillette. Il lui a alors fait des attouchements sexuels.

Jeanne avait un comportement normal. Elle recherchait les enfants de l'assistante maternelle pour partager des jeux, mais sans demande excessive ou recherche d'une proximité physique trop grande.

Type d'abus : attouchements.

c) L'abuseur présumé

Martin est né le 17/08/1987. Il a 15 ans ½ quand Jeanne révèle les faits le concernant. Il est en 3^{ème}. Ses parents le décrivent comme assez renfermé, parlant peu.

Le lendemain de la révélation, devant ses parents, il a reconnu les faits. Il se sent très coupable. Une psychothérapie est entreprise, démarche à laquelle il est très partie prenante.

Le dialogue existait dans cette famille, notamment l'abord des questions concernant la drogue, la sexualité et les dangers. Mme H. ne délégait jamais à sa famille les soins des enfants confiés (toilettes, accompagnements aux WC, siestes).

Martin a été entendu par la gendarmerie le 19/03/2003. Les faits sont reconnus et avérés.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 10 mars 2003 : révélation de Jeanne.
- Le 10 mars 2003 : le père de Jeanne dépose une plainte à la gendarmerie.
- Le 19 mars 2003 : courrier de Mme H. à la PMI déclarant avoir cessé son activité depuis le 28/02/2003.
- Le 22 avril 2003 : suspension de l'agrément.
- Le 24 juin 2003 : passage en CCPD et retrait de l'agrément.

NB : Nous avons peu d'éléments dans ce dossier. En effet, le service de PMI ayant été informé des abus par Mme H., alors qu'elle avait d'elle-même arrêté son activité, l'enquête faite par le service a été succincte.

16. Cas clinique 16 (2003)

a) L'assistante maternelle

Madame T. est née en 1953. Elle est agréée depuis le 24/07/2000. Elle a un CAP.
Au moment de la révélation : elle a 50 ans et un agrément pour 2 enfants de 0 à 3 ans.
Elle a suivi la demi-journée de formation initiale des assistantes maternelles le 17/11/2001. Elle a 4 enfants : 2 filles (33 et 20 ans) et 2 garçons âgés de 29 et 16 ans ½ (Fabrice). Les 3 aînés ne vivent plus à son domicile.

b) L'enfant abusé et les éléments de la suspicion

Ici 2 sœurs jumelles sont concernées par les faits.

Lucie et Julie sont nées le 2/11/1998. Elles ont 4 ans ½ quand elles révèlent des faits qu'elles auraient subis à 4 ans. Elles sont gardées par Mme T. en périscolaire 1 à 2 jours par semaine.

Mme T. les décrit comme étant des petites filles assez exigeantes, élevées sans contrainte ni frustration par leurs parents. L'assistante maternelle s'attachait à leur

donner des limites. Lucie est plus épanouie et plus volontaire que sa sœur. Julie, elle, est plus capricieuse.

Elles étaient assez envahissantes avec Fabrice, lui demandant de jouer avec elles tout le temps.

Le 20/03/2003, dans la soirée, alors que les deux fillettes sont dans le bain, elles se plaignent de douleur au niveau du sexe. La maman leur demande : « pourquoi ? » Elles répondent : « Fabrice a mis son doigt dans le zizi ! » Elles font état également de caresses.

Fin mars 2003, les petites filles répèteront ces propos au médecin du CH de Saint-Nazaire.

Type d'abus : attouchements avec pénétration.

c) L'abuseur présumé

Fabrice est né le 18/06/1986. Il a 16 ans ½ au moment de la révélation. C'est le dernier de 4 enfants. Il est collégien et rentre chez lui après 17h00.

Dans le contrat de Mme T., il était stipulé que Fabrice pouvait être amené à garder les petites filles en cas d'absence de sa mère !

Le 27/03/2003 (entretien entre la PMI et Mme T.), Fabrice est en AEMO depuis 1 mois ½ suite à des faits de violence envers un autre adolescent et un vol dans un véhicule. Dans le cadre de cette AEMO, il bénéficie d'un suivi psychologique. Une psychothérapie est envisagée. D'après sa mère, depuis ce suivi, la ligne de conduite de Fabrice évolue bien et elle le trouve transformé.

Le 20/03/2003, les jumelles ont été accueillies chez Mme T. de 16h30 à 19h30, Fabrice est arrivé à 17h00. Il aurait cédé à la pression des fillettes pour aller jouer dans sa chambre. Elles lui auraient alors demandé de jouer au « jeu du petit chat », à savoir, faire mine de laver et d'essuyer les fesses ! Fabrice aurait fait le geste rapide d'essuyer les fesses par dessus les vêtements de Julie. Il n'a pas parlé à sa mère de cette situation avant l'appel du père des enfants le soir même.

Le lendemain 21/03/2003 : les deux petites filles sont revenues chez Mme T. le matin avant l'école puis le midi. L'assistante maternelle leur a proposé de parler, d'expliquer ce qui s'était passé, de lui dire la vérité. Julie aurait alors demandé à Lucie : « tu dis, toi Lucie. » Lucie aurait expliqué que le mal de fesses c'était parce qu'elles « s'étaient essuyées trop fort, que Fabrice n'avait pas mis le doigt à l'intérieur du « pipi », que ce n'était pas vrai ».

Lucie aurait alors répété la même chose plus tard devant son père, en présence de Mme T. Mais Julie, aux interrogations de son père, aurait répondu : « Oui, c'était comme hier soir. » Elles auraient dit à Fabrice en présence de Mme T. qu'elles avaient menti.

Fabrice a ensuite parlé à sa mère d'attitudes et de jeux bizarres que les petites filles auraient déjà eus auparavant, assez récemment. Dans leurs jeux, elles lui demandaient « Essuie-moi les fesses. » Elles auraient même baissé leurs culottes, « Fais mine de changer les fesses, de laver. » Elles lui auraient même demandé de leur montrer son sexe. Il dit leur avoir dit : « Non, on ne fait pas ça ! »

Fabrice est très affecté par cette histoire. Auparavant il n'avait parlé à personne des jeux bizarres des fillettes. Il ne veut pas consulter son médecin traitant ni un psychologue.

Fabrice a avoué les faits en garde à vue. Il dit avoir voulu « voir ce qu'est une petite fille », il n'a pas mesuré les conséquences de ses gestes.

d) Les démarches administratives et juridiques

- Le 20 mars 2003 : révélation par les jumelles à leur maman.
- En mars 2003 : dépôt de plainte par leur père.
- Le 10 avril 2003 : suspension d'agrément.
- Le 22 mai 2003 : convocation de Fabrice et de ses parents chez le Juge des Enfants.
- Le 24 juin 2003 : passage en CCPD.
- Le 1^{er} juillet 2003 : retrait d'agrément (Mme T. n'en veut plus).

C. DISCUSSION

1. Les enfants abusés

a) Leur âge

Ils ont entre 2 et 7 ans lors des faits et de la révélation. L'âge moyen au moment des faits est de 3 ans $\frac{1}{2}$, et de 4 ans à la révélation.

b) Leur sexe

Il y a 5 garçons pour 16 filles, soit 24% de garçons et 76% de filles.

Ces chiffres correspondent à ceux retrouvés dans l'ensemble des études menées en France et à l'étranger. En effet elles font apparaître « que 20 à 30% des enfants abusés sont des garçons » [10].

c) Leur langage

Pour 11 enfants la qualité du langage est correcte : l'enfant parle bien, fait des phrases bien construites, s'exprime facilement. 8 d'entre eux ont même un très bon langage : ils parlent très bien et nomment aisément. 1 enfant semble ne pas parler encore très bien mais arrive à se faire comprendre. Et pour 1 nous n'avons aucune information. 19 enfants sur 21 ont donc un langage bien développé.

d) La révélation de l'abus

Dans 15 cas, soit 71%, la révélation est faite à la maman de l'enfant victime. Dans 3 cas elle est faite au papa, dans 1 cas à une sœur, dans 1 cas aux deux parents ensemble et dans 1 cas nous ne savons pas à qui est faite cette révélation.

La révélation des abus a lieu, soit spontanément dans des situations évoquant les faits aux yeux de l'enfant (WC, bain, prise de température, déshabillage), soit après interrogation des parents (devant une masturbation ou suite à un appel téléphonique).

Dans tous les dossiers, les enfants désignent clairement l'auteur par son prénom et ils utilisent des termes très précis pour décrire les abus sexuels : « il m'a enfoncé la coquchette dans les fesses », « il touche le pipi quand je vais aux toilettes... et il me dit de tirer sur son zizi », « il a mis ses doigts dans mon pissou, dans mes fesses », « je touche ses poils et ses tétons, elle touche mon zizi », « il m'a touché ma crevette, moi j'ai touché son zizi », « il m'a mis le doigt dans mon kiki et j'ai touché son kiki », « il a sucé mon zizi », « il m'a dit de sucer son zizi », « j'ai touché son zizi, il m'a sucé ma bistouquette », « il m'a touché mon titi », « je dois sucer ses nénés »...

e) Le type d'abus

Dans 16 cas il s'agit d'attouchements avec ou sans pénétration. Dans 7 dossiers il y a pénétration d'un doigt (vaginale ou anale) et dans 3, il y a pénétration buccale (avec le sexe de l'abuseur).

Dans 2 cas, c'est une fellation sur l'enfant.

Dans 2 autres cas il s'agit d'exhibitionnisme, et dans 1 de masturbation de l'abuseur.

Dans 1 dossier mais pour 3 enfants, l'abus est qualifié de jeux sexuels.

Pour 1 cas clinique on parle de tentative de viol.

Dans seulement 2 situations il est fait état de l'usage de la violence.

Il faut noter que plusieurs types d'abus sont parfois associés.

f) Les troubles du comportement

Chez 13 enfants victimes, soit 62%, nous retrouvons des troubles du comportement. Dans 8 cas ils sont apparus avant la révélation et dans 5 cas après. En dehors des symptômes de la sphère génitale, les signes d'appel sont peu spécifiques.

Le protocole de 1997, interne au Conseil Général de Loire-Atlantique et destiné à l'usage des professionnels confrontés à des situations d'abus sexuels, rappelle que [81] [87] :

- Aucun signe n'est spécifique : certains troubles du comportement peuvent s'expliquer par d'autres événements traumatiques.

- L'absence de signe ne signifie pas obligatoirement qu'il n'y a pas d'abus sexuel.
- L'association ou l'apparition brutale d'un ou plusieurs signes nécessitent une évaluation.

Dans les dossiers étudiés, les signes notés chez les enfants sont exactement ceux décrits par le protocole, à savoir :

➔ des signes généraux :

- agressivité (2), colères (1), difficultés relationnelles (est moins sociable, ne parle pas, ne joue pas, se mêle moins au groupe, ne veut pas aller à la récréation) (2), angoisse, stress (1), état de grande confusion (1), est très affectée (1), fugues (1)
- troubles du sommeil (se réveille souvent, à peur de s'endormir) (1)
- peur de monstres méchants, peur des clowns, peur de masques, de marionnettes (1)
- refus d'aller aux toilettes (réclame une couche pour aller à la selle) (1)
- réticence pour aller chez l'assistante maternelle (d'accord pour aller à l'école) (2)
- constipation (2)
- énurésie, encoprésie (4), propreté à l'école mais non chez l'assistante maternelle (2)
- grossièreté (2), apparition d'un bégaiement (1)
- difficultés en graphisme (1)
- difficultés à l'habillage et au déshabillage (les vêtements la gênent, elle les trouve trop petits) (1)
- Troubles Obsessionnels Compulsifs (lavages excessifs...) (1)

➔ des signes plus sexualisés :

- gestes déplacés et répétés sur les adultes (tripote les seins de sa mère, embrasse sa mère sur la bouche avec la langue) (3)
- langage vulgaire axé sur le sexe et inadapté à l'âge (2)
- jeux avec les poupées (fait embrasser ses poupées sur la bouche de façon insistante) (1)

- masturbation (1), introduction répétée d'objet dans son vagin (1)

Concernant les comportements sexualisés, lorsqu'un grand nombre d'entre eux sont fréquemment observés, il faut évoquer la notion d'abus sexuel comme une explication possible de ces comportements. Cependant, nous devons être suffisamment prudents pour ne pas réagir de manière exagérée lorsque nous notons des comportements sexuels occasionnels qui ressemblent à ceux des adultes. De telles réactions de notre part peuvent être tout aussi néfastes [14]. En effet, il est parfois difficile de différencier les comportements sexuels normaux des jeunes enfants des comportements révélateurs d'abus sexuels.

2. Les mineurs abuseurs

a) Leur âge

Ils ont entre 10 et 18 ans. La moyenne d'âge est de 14 ans.

E. Boë rapporta à la 5^{ème} conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) les 22 et 23 novembre 2001, que « la précocité de la première agression sexuelle est un facteur de gravité de la déviance sexuelle, avec en particulier davantage de risque de récidiver » [8].

Nous nous posons néanmoins la question de la fréquence de cette récurrence possible, entre des abus commis par un adolescent de 15 ans ou par un jeune de 10 ans. A 10 ans, ces abus peuvent, selon le contexte, être considérés encore comme des jeux sexuels. De même, un jeune de 10 ans, peut ne pas avoir vraiment intégré la notion de l'interdit de l'inceste, alors qu'à 15 ans ça devrait être fait ! N'est-ce pas plus grave dans ces cas là ?

b) Leur sexe

Il y a 2 filles pour 14 garçons, soit 12,5% de filles et 87,5% de garçons.

c) L'écart d'âge avec l'enfant abusé

Dans les dossiers étudiés, l'écart d'âge, entre le fils ou la fille de l'assistante maternelle et l'enfant abusé, varie entre 6 et 15 ans. L'écart d'âge moyen entre les deux enfants est de 11 ans.

Certains auteurs définissent une limite d'âge entre l'abuseur et la victime, au-delà de laquelle il est possible de parler d'abus. En effet, il ne faut pas prendre pour un abus sexuel les jeux entre jeunes enfants, dus à une curiosité normale sur la sexualité. Un écart d'âge de 5 ans peut-être toutefois retenu pour considérer qu'il y a abus [46] [22] [8].

d) La reconnaissance des faits

8 adolescents ont reconnu les abus, soit 50%, et 8 autres les ont niés.

Dans la même période, pour les dossiers concernant des majeurs abuseurs, seule une personne a reconnu être l'auteur d'abus sexuel, soit 6%.

D. Fremy, expert ayant participé à la 5^{ème} conférence de consensus de la FFP, rapporte que dans son expérience et celle de ses confrères, « la plupart des enfants auteurs reconnaissent les faits d'agression sexuelle qui leur sont reprochés, mais modifient le contexte dans lequel ils les ont commis et minimisent leur portée » [30].

e) Les caractéristiques cliniques

L'étude de ces dossiers ne nous apporte que peu de renseignements concernant la psychopathologie des mineurs abuseurs. Néanmoins nous pouvons relever quelques similitudes et notions décrites dans la littérature.

- Père absent

2 adolescents, soit 12,5%, ont un père décédé. L'un depuis plusieurs années (à priori) et l'autre 11 mois avant les abus.

Dans les 14 dossiers restants, le père est très peu mentionné et semble peu présent auprès de ses enfants, et dans leur éducation.

Le père de l'abuseur et donc le mari de l'assistante maternelle est d'ailleurs très rarement interrogé par le service de PMI.

L. Daligand et D. Gonin, rapportent que sur l'analyse de 275 expertises d'auteurs de violences sexuelles, les pères sont fréquemment absents. 135 sur 272 (près de 50%) ont peu ou pas participé à leur éducation : 79 sont décédés (29%), 41 ont divorcé ou sont séparés, 15 sont inconnus [16].

Plusieurs auteurs ayant participé à la 5^{ème} conférence de consensus de la FFP, notent dans les facteurs de risques et les caractéristiques cliniques des abuseurs, l'importance de « l'absence ou de la non-implication d'un parent » [88] [8] [22]. En effet, « un enfant élevé dans un environnement où il se sent vulnérable et ne reçoit pas d'aide de ses proches, aura plus de mal à développer des capacités d'attention et de soins vis-à-vis d'autrui » [8].

- Alcool et violence

Dans 1 dossier nous retrouvons la notion d'éthylisme et de violence du père associée à la brutalité de la mère. L'adolescent a peur de son père et celui-ci ne semble pas être un élément identificatoire très fort.

L. Daligand et D. Gonin notent que les défaillances éducatives peuvent se repérer par l'intoxication alcoolique des parents ou leur attitude violente. Dans leur étude, 91 pères sur les 137 présents auprès de leur enfant sont décrits comme alcooliques, 64 comme violents. Seulement 20 mères sont décrites comme alcooliques ou violentes [16].

Pour S. Boden, A. Malchair et J. Bertrand, « il ressort que ces adolescents ont plus souvent été victimes d'abandon parental précoce, présentent un déficit d'identification

aux modèles parentaux (conséquences d'un trouble de l'interaction précoce). La violence de ces milieux familiaux est plus fréquente ainsi que l'abus d'alcool et de drogue dans l'entourage » [7].

- La place dans la fratrie

11 adolescents, soit 69%, sont les derniers de leur famille. Et à part Amandine, du cas clinique 11, qui n'a que 1 an ½ d'écart avec son frère aîné, les 10 autres jeunes ont une différence d'âge assez importante avec le frère ou la sœur le précédant immédiatement. Cet écart d'âge varie de 3 à 15 ans, avec une moyenne de 7 ans de différence. Les fratries concernées sont de 2 à 5 enfants.

3 jeunes sont les aînés de 3 ou 4 enfants. Dans ces 3 cas il s'agit de fratries mono-sexuées.

1 adolescent est le second de 3 enfants, et 1 est fils unique.

Les résultats obtenus ici sont contraires à ceux décrits par L. Daligand et D. Gonin. En effet, pour eux, la position la plus risquée est celle d'aînée : 33,9%. La fréquence décroît avec les places dans la fratrie et les derniers sont peu en risque [16].

Au vu de nos résultats, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une grande différence d'âge (5 ans au moins) avec ses aînés est un facteur de risque pour le jeune adolescent, par l'exemple même d'une sexualité active et de relations de couple établies ou en voie de l'être chez ses aînés. Est-ce pour faire comme les grands que le plus jeune passe à l'acte ?

- Les antécédents

1 adolescent a eu beaucoup de problèmes de santé dans son enfance.

1 autre a un frère aîné handicapé.

1 jeune a bénéficié d'un suivi orthophonique pour des difficultés scolaires et notamment d'écriture. Elle a fait une SEGPA.

2 autres ont quelques difficultés scolaires (sans être en échec scolaire).

D. Fremy rapporte, à partir d'observations cliniques relatives aux auteurs d'agressions sexuelles mineurs, qu'il s'agit « souvent d'enfants dont les troubles ont été préalablement repérés dans le cadre scolaire, soit par le biais de leur comportement (instabilité, tendance au leadership), soit par celui de difficultés dans les apprentissages avec manifestations d'inhibition devant l'échec, de désinvestissement subi ».

- Le traumatisme antérieur

1 adolescente a révélé pendant l'enquête avoir été elle-même victime d'abus sexuel 2 ans auparavant.

Dans 2 dossiers, nous retrouvons la notion d'un pédophile connu dans l'entourage proche des familles.

La plupart des agresseurs sexuels ont été eux-mêmes agressés dans leur enfance [16]. Selon les auteurs les chiffres varient de 30 à 80% [22] !

« La divergence importante des résultats n'est pas un signe d'incohérence. Elle témoigne de l'hétérogénéité des sources et des populations étudiées et selon que sont pris en compte seulement les abus sexuels stricto sensu, ou la maltraitance dans un sens élargi.

Le fait d'avoir été maltraité n'apparaît pas comme un élément suffisant pour devenir agresseur puisque certains semblent échapper à ce destin. La répétition n'est pas obligatoire.

Il existe un piège du raisonnement qui tient au fait que les propositions qui découlent des enquêtes ne sont pas réversibles. Ainsi, s'il est exact que les parents maltraitants ont souvent été des enfants maltraités, que les agresseurs ont été agressés, il est faux de dire que les enfants maltraités deviennent des adultes maltraitants » [22].

- Le trouble des conduites et les antécédents judiciaires

1 adolescent est en AEMO, depuis 1 mois ½ avant les abus, pour violence envers un autre adolescent et vol dans un véhicule.

D. Boë déclarait lors de la 5^{ème} conférence de consensus de la FFP, que « l'hypothèse d'une comorbidité psychiatrique chez les abuseurs adolescents est largement partagée ». Le trouble des conduites « est le diagnostique le plus courant de cette population. Il concerne près de la moitié des sujets. Les troubles vont de l'hyperactivité avec déficit attentionnel à la délinquance. Un passé de délinquance précède l'abus sexuel dans 40 à 60% des cas » [8].

Dans leur étude d'expertises psycho-dynamiques d'auteurs de violences sexuelles, majeurs ou mineurs, L. Daligand et D. Gonin retrouvent que « près du tiers ont déjà été incarcérés antérieurement à l'infraction sexuelle actuelle », et ce pour tout type de crimes ou délits. « Ceci confirme bien qu'il n'y a pas de spécificité caractéristique d'une manière d'être dans l'infraction. On peut donc être cambrioleur et violeur » [16].

- L'immaturation

Dans 5 dossiers, soit 31%, cette notion est retrouvée. Les adolescents y sont décrits comme : « pas mur, gamin, encore un peu bébé, ayant un caractère très enfant », n'ayant pas la maturité de leur âge.

Dans leur conclusion, L. Daligand et D. Gonin affirment que « 50% des auteurs sont immatures, c'est-à-dire qu'ils n'ont pu accéder à l'état d'adulte ou mieux à l'ordre symbolique, à la parole et à l'engagement avec l'autre » [16].

J.Y. Hayez, en 1999, comprend les transgressions des mineurs en référence à quelques grandes « phases actuelles » de l'organisation de leurs personnalités. Dans un classement de celles-ci par ordre quantitatif décroissant, les personnalités (momentanément) immatures arrivent en 2^{ème} position (après les personnalités (momentanément) normales...). Pour lui, ces mineurs sont « peu éduqués à la socialisation et à la sublimation ». Ils sont « souvent élevés dans un contexte anarchique, où les règles sont imprévisibles ». « Ils ont de la peine à résister à leurs pulsions en tous genres et sont donc des transgresseurs fréquents, laissant vite s'exprimer leur besoin d'avoir et/ou de jouir, ou leur agressivité si on les frustre » [46].

- Les troubles du comportement (l'instabilité, l'agressivité, l'impulsivité et l'inhibition)

1 adolescent est instable et nerveux. Il parle de jalousie à l'égard de l'enfant victime.

1 autre est plus agressif et moins à l'aise depuis quelques temps.

1 jeune est impulsif et influençable, il décrit une rivalité avec l'enfant abusé.

4, soit 25%, sont inhibés, timides et renfermés. Ils parlent peu et ont du mal à exprimer leurs sentiments. Jean (cas clinique 14) n'a pas pleuré à la mort de son père !

La psychopathologie des auteurs d'agression sexuelle est souvent centrée sur les troubles du comportement avec leurs deux versants : celui de l'instabilité ou celui de l'inhibition psychique. Le mineur abuseur est fréquemment solitaire, en proie à des difficultés relationnelles ou à un vécu persécutif de son entourage [30].

Un abus sexuel peut s'inscrire dans un trouble des conduites avec impulsivité et évoquer une psychopathie. Il peut également relever du comportement compensateur chez un sujet inhibé, dont le retrait entrave les relations avec ses pairs et conduit à une situation d'échec social [8].

La psychopathie, souvent recherchée en population d'adolescents abuseurs, est définie par l'association d'une tendance à manipuler les autres, d'agressivité, d'impulsivité, d'un faible niveau d'anxiété et de conformisme social, d'un comportement antisocial. Suivant les études, l'ensemble de ces critères n'est réuni que pour une faible proportion de sujets : 7 à 16%. Cependant, des traits psychopathiques isolés sont fréquemment retrouvés [8].

- Les troubles de l'humeur

1 adolescent est dit déprimé.

E. Boë rapporte l'étude de cas de Galli, dans laquelle la comorbidité avec un état dépressif concerne 82% des adolescents abuseurs. Les adolescents qui ont eux-mêmes été victimes d'abus sexuels ou physiques dans leur enfance, sont significativement plus déprimés que les autres abuseurs [8].

- La conscience de la gravité de leur acte

3 adolescents, soit 19%, faisant partie de ceux qui ont avoué l'abus (8 jeunes, soit 50%), reconnaissent n'avoir pas mesuré les conséquences de leur geste, et n'avoir pris conscience, que secondairement, de la gravité de leur acte.

Pour les 5 autres, nous ne retrouvons pas de précision dans les dossiers, mais il est fort probable qu'il en soit de même.

Selon D. Fremy, « la plupart des enfants auteurs minimisent l'impact traumatique de leurs agissements chez leur victime » [30].

L'empathie vis-à-vis d'une victime correspond à la compréhension de l'impact de l'outrage et de la souffrance causée, associée à l'expression de sentiments appropriés tel le remord. La capacité d'empathie va de pair avec le sentiment de culpabilité, inversement corrélé aux traits psychopathiques. D'après E. Boë, « le degré d'empathie est plus faible chez les agresseurs sexuels adolescents que chez des témoins sains » [8].

Lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, le comportement sexuel est bien souvent un comportement d'imitation.

Lorsqu'il s'agit d'adolescents, l'agression sexuelle n'est pas repérée comme une effraction du corps de l'autre. « Cet autre est mal différencié, il n'est pas considéré comme une personne mais comme une opportunité, comme celui ou celle dont on repère la vulnérabilité. La victime est instrumentalisée, réduite à l'état d'objet » [30].

Ici la notion de vulnérabilité est différente de chez les abuseurs adultes, qui choisissent leurs victimes en fonction de leurs faiblesses. Ils repèrent les enfants isolés dans les cours de récréation, les enfants en manque d'affection, ... Pour les adolescents, l'enfant est vulnérable par le seul fait qu'il est plus petit et souvent influençable.

Le choix du sexe de la victime est souvent aléatoire. « Il est essentiellement fonction de circonstances favorisantes qui peuvent survenir lors d'un séjour en pensionnat ou en colonie de vacances, ou encore lors de la visite à la maison d'un enfant plus jeune confié à la garde de la mère » [30].

- La culpabilité

2 adolescents, qui n'ont pas reconnu les faits, ne présentent pas de culpabilité apparente (ils n'apparaissent pas coupables aux yeux des psychiatres ou psychologues qui les ont reçus). Mais 1 des 2 ressent de la honte.

1 jeune, qui a avoué, se dit très coupable.

- Les connaissances sur la sexualité

3 adolescents (dont 1 a reconnu l'abus) disent avoir peu ou pas de notion sur la sexualité. C'est un sujet souvent peu abordé en famille ou avec les amis. 1 des jeunes se dit peu intéressé par elle.

- Les pulsions sexuelles

3 adolescents, soit 19%, reconnaissent avoir agi sous l'action d'une pulsion sexuelle. Ils n'expliquent pas leur geste. L'un d'eux décrit une envie brutale qui lui a fait très peur. Un autre dit avoir accompli l'acte sous l'action de la colère.

2 jeunes disent avoir voulu voir comment était constitué le corps d'une femme.

Pour E. de Becker et J.Y. Hayez, à l'adolescence il y a une exacerbation momentanée de la pulsion sexuelle. Pour le jeune, c'est une « dimension constitutive de son équipement ou/et de son adolescence qu'il cherche à assouvir rapidement, facilement et avec le minimum de retombée négative » [20].

Pour les experts de la 5^{ème} conférence de consensus de la FFP, « le recours à la sexualité déviante n'est pas systématiquement issu d'une aberration pulsionnelle, encore moins d'un excès de la pulsion sexuelle (souvent en réalité peu active), mais d'une tentative de "solution de recours" par rapport au déficit narcissique consécutif à l'absence d'images parentales suffisamment bonnes dans le monde psychique interne » [88].

f) L'avis des psychiatres

Pour les 2 adolescents dont nous connaissons l'avis des psychiatres, il apparaît qu'ils ne présentent pas d'organisation psychotique ni caractérielle, qu'ils n'ont pas d'anomalie mentale majeure ni de structure perverse. Pour les autres nous n'avons aucune précision.

Pour la psychologue de la cellule maltraitance du service (F. Vallée), qui a été amenée à voir 6 de ces adolescents :

A l'adolescence, le jeune a accès à la sexualité génitale et est soumis à de violentes pulsions sexuelles. Le garçon se trouve confronté à l'incapacité de maîtriser l'érection de son sexe.

Très souvent, les garçons mis en cause ont très peu de culture sexuelle. Ils sont fréquemment très investis par leur mère, adorés par elle.

S'il n'y a pas eu de discussion autour de la sexualité avec les parents (assistante maternelle et son mari), le risque de passage à l'acte est plus grand.

Les petites filles victimes sont, en général, en pleine étape oedipienne. Elles ont un désir de séduction envers les hommes. Elles recherchent leur tendresse, les corps à corps, mais d'une façon sensorielle et non sexuelle. Cependant, les jeunes adolescents vont comprendre cette sensorialité comme de la sexualité. Au départ, tout se passe assez facilement, car il y a comme une sorte d'adéquation. Ce n'est que secondairement que l'abus crée une peur chez la petite fille qui, alors, va en parler à ses parents. Si elle ne le fait pas, cette peur provoquera des troubles du comportement (troubles du sommeil, de la miction...).

S. Lamb et M. Coakley, dans la conclusion de leur étude portant sur la différenciation des jeux sexuels normaux et des abus sexuels entre enfants, affirment que « lorsque les filles jouent avec les garçons, elles vont très vraisemblablement ressentir qu'elles ont été persuadées, manipulées, ou forcées à une activité qu'elles trouvent désagréable » [64].

Les adolescentes sont dans l'imaginaire, le romantisme, elles veulent être regardées, touchées, mais elles n'en sont pas encore à une sexualité génitale.

Pour qu'une adolescente passe à l'acte sur un enfant, il y a une forte probabilité pour qu'elle ait été elle-même victime.

Pour F. Vallée, chez le garçon, ce sont plutôt les pulsions qui sont à l'œuvre, et il a souvent du mal à les maîtriser. Il n'y a pas de dimension d'agressivité.

Les garçons sont dans un passage à la génitalité. Ils se situent alors, entre les jeux sexuels qu'ils ont eus avant et la sexualité génitale qu'ils auront, plus tard, avec un autre partenaire de leur âge.

Pour une pédopsychiatre du CHU de Nantes :

L'objectif premier de l'abus, pour l'adolescent, est de se faire du bien, de se soulager d'une pulsion. Il n'y a pas, le plus souvent, de dimension d'agression. S'il veut faire du mal, l'adolescent fait mal physiquement, psychologiquement, pas par l'abus sexuel.

Dans un deuxième temps, l'objectif peut aussi être de faire du bien à l'autre. L'adolescent est dans la découverte des plaisirs liés à une sexualité génitale, il peut vouloir initier un plus petit à ces plaisirs.

3. Les assistantes maternelles

a) Leur âge

Elles ont entre 35 et 53 ans. La moyenne d'âge est de 45 ans.

b) Leur niveau d'études

1 assistante maternelle a une licence en droit et un BTS comptabilité.

2 ont un BEP.

7 ont un CAP, soit 44%.

1 était secrétaire médicale.

1 a le BEPC.

1 a arrêté ses études en 4^{ème}.

2 ont le CEP.

Pour 1 assistante maternelle son niveau de formation initial n'est pas connu.

Parmi ces dossiers, seule 1 assistante maternelle, soit 6%, a un niveau supérieur ou égal au BAC.

11, soit 69%, ont un niveau compris entre le BEPC et le BEP.

c) L'agrément à titre non permanent

Le début de leur agrément varie entre 1978 et 2001.

Le délai entre l'attribution de l'agrément et la révélation d'abus sexuel s'échelonne entre 1 et 20 ans. Le délai moyen est de 7 ans 1/2.

- Révélation d'abus entre 1 an et moins de 5 ans après l'agrément : 6 cas, soit 37,5%.
- Révélation entre 5 ans et moins de 10 ans après l'agrément : 4 cas, soit 25%.
- Révélation supérieure ou égale à 10 ans après l'agrément : 6 cas, soit 37,5%.

Nous pouvons donc en conclure qu'un cas d'abus sexuel chez une assistante maternelle, peut arriver quelle que soit son ancienneté dans la profession. La non-expérience ou l'expérience professionnelle ne sont ni des facteurs de risque ni des facteurs de protection. Nous devons toutefois rappeler que nous avons ici une petite population (16 assistantes maternelles) et que par conséquent nos conclusions ont peu de valeur statistique.

d) La formation professionnelle

7 assistantes maternelles, soit 44%, n'ont jamais suivi de formation.

7, soit 44%, ont juste suivi la demi-journée de formation initiale. Elles ont assisté à cette formation entre 1 an ½ et 5 ans avant la révélation de l'abus.

1, soit 6%, est en cours de formation au moment des abus.

1 seule, soit 6%, a bénéficié d'une formation continue organisée par la crèche familiale.

2 assistantes maternelles ont fait une formation après les faits.

Nous pouvons en conclure que le fait de n'avoir pas eu de formation, ou seulement la demi-journée initiale, soit 88%, est un facteur de risque pour les assistantes maternelles.

e) L'abord de la sexualité

Dans 4 dossiers, soit 25%, la sexualité n'est pas abordée dans la famille de l'assistante maternelle.

Dans 5, soit 31%, on en parle en famille.

Et dans 7, soit 44%, il n'est pas fait allusion à cette question dans les dossiers.

f) Les fautes professionnelles

Dans chaque situation nous relevons des fautes professionnelles graves.

Dans 5 dossiers, soit 31%, l'assistante maternelle a laissé les enfants accueillis sous la responsabilité de son enfant adolescent. Le motif était soit d'aller faire une course, soit d'aller étendre du linge dehors (mais absence pendant 1 heure !), soit d'aller travailler dans une pièce située au fond du jardin !

Dans 6 cas cliniques, soit 37,5%, l'adolescent (garçon ou fille) de l'assistante maternelle joue dans sa chambre, seul, avec les enfants gardés. Bien souvent la porte est fermée !

Dans 5 cas, soit 31%, l'assistante maternelle délègue ses devoirs à son enfant et le laisse s'occuper des enfants confiés et notamment pour les essuyer aux toilettes ou pour les lever de la sieste !

Dans 2 situations, soit 12,5%, l'assistante maternelle fait dormir l'enfant accueilli dans la chambre de l'adolescent mis en cause. Dans 1 cas, cet adolescent fait même la sieste en même temps que l'enfant !

Dans 1 cas, soit 6%, il est mentionné la possibilité que l'enfant accueilli ait pu voir l'adolescent nu aux toilettes ou sous la douche. Les portes ne devaient donc pas être fermées !

Certaines assistantes maternelles ont accumulé les fautes.

g) L'avenir de leur agrément

9 assistantes maternelles, soit 56%, se sont vues retirer leur agrément après les suspicions d'abus sexuels.

Dans 3 dossiers, soit 19%, l'agrément a été restitué après les 3 mois de suspension. Mais pour 1 assistante maternelle, la restitution s'est faite sous certaines conditions (bilan par une puéricultrice 6 mois après la CCPD, formation de l'assistante maternelle, rencontre avec le médecin responsable de la PMI et suivi psychothérapeutique de l'adolescente).

3 assistantes maternelles, soit 19%, ont eu un maintien de leur agrément. Dans un cas il n'y a pas eu de passage en CCPD (très jeune âge de l'enfant mis en cause, attitude responsable de l'assistante maternelle). Dans un autre, il y a eu maintien de l'agrément mais avec l'interdiction d'accueillir des enfants pendant les vacances scolaires. Dans le dernier cas, l'assistante maternelle s'est vue retirer son agrément 3 ans après les faits, pour non-réponse à la demande de renouvellement d'agrément adressée par la PMI. Son dossier a été classé sans suite par le service.

Dans 1 cas, sans manifestation de la part de l'assistante maternelle, il a d'abord été décidé un retrait de son agrément, celle-ci s'étant engagée auprès du service à en demander l'annulation. En raison d'une erreur de procédure, et sur appel de son avocat, l'agrément lui a été redonné assorti d'un arrêt temporaire d'activité (ATA), Mme résidant pour quelques années dans un département d'outre-mer.

4. Les suites judiciaires

Dans 5 dossiers, soit 31%, il n'y a eu ni plainte ni signalement au Procureur.

Dans 4 autres, soit 25%, l'affaire a été classée sans suite.

1 adolescent (le plus âgé) a eu une peine de 18 mois d'emprisonnement avec sursis et mise à l'épreuve pendant 2 ans. Il a également été condamné à une obligation de soins pendant 2 ans, ainsi qu'à une obligation de réparer les dommages causés aux victimes.

1 autre a été relaxé.

1 jeune a été admonesté et remis à ses parents sur décision du Juge des Enfants en requête pénale.

Pour 1 autre, il a été décidé en audience de cabinet, en requête pénale, une liberté surveillée avec suivi en CAE (Centre d'Action Educative).

Dans 2 cas, soit 12,5%, les Juges des Enfants ont été saisis en requête pénale mais les décisions judiciaires n'ont pas encore été rendues.

Pour 1 dossier nous ne connaissons pas les suites judiciaires.

5. Conclusion

A l'issue de cette étude, nous voyons donc la nécessité de rappeler aux assistantes maternelles leurs devoirs et leurs responsabilités.

Il nous semble très important d'axer la prévention sur les assistantes maternelles afin d'augmenter leur vigilance et leur rappeler leurs obligations.

Dans tous ces dossiers, nous voyons bien que ce sont les circonstances (induites par l'assistante maternelle) qui ont permis la réalisation de l'abus sexuel, bien plus que des caractéristiques psychopathologiques des adolescents mis en cause. Chez ces derniers, nous retrouvons, parfois, quelques traits de leur personnalité décrits dans la littérature des mineurs abuseurs sexuels. Néanmoins, nous pensons que la possibilité matérielle pour eux, de passer à l'acte, a joué un grand rôle.

Dans la plupart des dossiers de la PMI étudiés, nous n'avons trouvé que peu d'informations concernant l'adolescent mis en cause. Cette lacune s'explique sans doute par le fait que les médecins de PMI n'ont pas comme préoccupation première de chercher les causes psychologiques qui ont poussé le jeune à passer à l'acte !

Par ailleurs, la place faite au père du mis en cause et donc le plus souvent au mari de l'assistante maternelle, nous semble également relativement absente des dossiers. Ceci est vrai pour les suspicions d'abus sexuels, mais aussi de façon générale dans les dossiers d'agrément des assistantes maternelles. En effet, il nous semble très important, de chercher un peu plus, comment le compagnon de l'assistante maternelle se situe par rapport à cette profession, qui parce qu'elle s'exerce à son domicile, empiètera forcément sur sa vie privée. Et de ce fait, de savoir qu'elle est sa place auprès des enfants accueillis. Il nous semble donc capital de soulever cette question, au moment des enquêtes sociales pour l'attribution d'agrément, et aussi lors de leurs renouvellements.

De plus, c'est au moment de ces renouvellements d'agrément, qu'il nous paraît aussi important de repréciser, avec l'assistante maternelle, la place de ses propres enfants auprès de ceux accueillis. En effet, les attributions d'agrément sont, dans la majorité des cas, faites quand les enfants de l'assistante maternelle sont petits. Avec le temps ils grandissent et au moment du renouvellement ils ont 5 ans de plus ! Pour la prévention des abus sexuels entre mineurs, sujet qui nous préoccupe ici, il nous semble judicieux de profiter de ces renouvellements pour rappeler leurs devoirs aux assistantes maternelles.

Il nous apparaît donc nécessaire que la formation des assistantes maternelles se généralise. Aussi, s'avère-t-il indispensable d'inclure au programme de cette formation, un chapitre, à part entière, sur la prévention des abus sexuels chez les assistantes maternelles.

Après l'étude de ces cas cliniques, il nous a semblé important, afin de mieux adapter la formation et la prévention, de faire un état des lieux des connaissances des assistantes maternelles sur plusieurs grands thèmes. C'est ce que nous allons aborder dans la partie qui suit.

IV. ENQUETE AUPRES DES ASSISTANTES MATERNELLES

A. PROTOCOLE DE L'ENQUETE

1. Le contexte

Devant le nombre de suspicions d'abus sexuels en nette augmentation ces dernières années (16 cas en 10 ans, dont 7 pour la seule année 2002), commis sur des jeunes enfants accueillis au domicile d'assistantes maternelles agréées à titre non permanent, par leurs propres enfants mineurs, le service de PMI s'interroge sur les étiologies possibles. Compte tenu du retentissement dramatique de certaines situations, il souhaite mettre en place une action de prévention auprès de toutes les assistantes maternelles.

Dans ce contexte, nous avons donc proposé de réaliser une enquête auprès des assistantes maternelles.

2. Les objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les connaissances des assistantes maternelles sur :

- leurs responsabilités par rapport aux enfants accueillis et la place de leurs propres enfants dans ce contexte de travail à domicile,
- le développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent,
- les abus sexuels.

Il est aussi de connaître leurs habitudes professionnelles et familiales par rapport à l'intimité, la pudeur, les gestes de maternage et la sexualité.

L'objectif secondaire de cette enquête est de proposer une action de prévention pour limiter le nombre de cas d'abus sexuels à l'avenir.

3. La méthode utilisée

Nous avons réalisé un questionnaire [annexe 7] que nous avons envoyé à 2 groupes d'assistantes maternelles agréées à titre non permanent. Ce questionnaire était anonyme et a été envoyé par courrier, accompagné d'une lettre de présentation de notre projet [annexe 6].

Le premier groupe était composé d'assistantes maternelles nouvellement agréées et convoquées à la demi-journée de formation initiale un samedi matin. Nous avons choisi 2 sessions de formation (53 inscrites à chaque session), celles des samedis 17 janvier et 28 février 2004. Le questionnaire a été envoyé à chaque assistante maternelle inscrite, au début de la semaine de la formation. L'ensemble des questionnaires a été collecté à l'issue de la session.

Le deuxième groupe était composé d'assistantes maternelles agréées depuis quelques années et qui avaient suivi en 2002-2003 l'ensemble de la formation obligatoire (soit 36 à 40 heures). Nous avons sélectionné (au hasard) 5 des 15 sous groupes ayant terminé la formation. Au total, le questionnaire a été adressé par courrier, le 2 février 2004, à 84 assistantes maternelles. Celles-ci devaient nous le retourner, sous 8 jours, dans une enveloppe T jointe.

Avant d'aller plus loin nous allons faire un bref rappel sur ces 2 types de formations organisées par le service de PMI et relevant de la responsabilité du Conseil Général.

a) La demi-journée de formation initiale

Elle est organisée à Nantes depuis le 1^{er} janvier 1997 pour toutes les assistantes maternelles nouvellement agréées à titre non permanent (soit 1294 pour l'année 2003). Elle a lieu un samedi matin et est animée par un médecin de PMI, assisté d'une puéricultrice ou d'une assistante sociale et d'une assistante maternelle (faisant partie

d'une association d'assistantes maternelles et ayant elle-même une expérience professionnelle et bénéficié d'une formation).

L'objectif de cette formation est d'informer les nouvelles assistantes maternelles de leurs responsabilités. Elle a d'ailleurs été mise en place, à cause d'abus sexuels, pour sensibiliser et rendre vigilantes ces nouvelles venues dans la profession.

Après une présentation générale en assemblée, les assistantes maternelles sont séparées en 3 groupes de 10 à 15 personnes. Chaque groupe va alors travailler sur un thème en présence d'un animateur. A l'issue de ce travail, une mise en commun est faite en assemblée, par un rapporteur de chaque groupe.

Les 3 thèmes abordés sont :

- le début de l'accueil
- la responsabilité
- l'articulation vie professionnelle / vie privée.

Il est donc rappelé lors de cette matinée que :

- La responsabilité et la mission de l'assistante maternelle sont de garantir bien être et protection à l'enfant confié par ses parents, d'assurer sa sécurité (physique et affective) et de favoriser au mieux son développement.
- L'enfant est confié à l'assistante maternelle elle-même et non à un autre membre de sa famille.
- Il est interdit de laisser un enfant seul au domicile quel que soit son âge, même pour une courte absence, même s'il dort, même si les parents sont d'accord.
- Les besoins fondamentaux de l'enfant sont : le sommeil, l'alimentation, le jeu et les soins corporels d'hygiène. Assurer ces besoins est la fonction de l'assistante maternelle et non celle de son mari ou de ses enfants.

- Chaque enfant est unique, c'est à l'assistante maternelle de s'adapter à ses besoins spécifiques.
- L'assistante maternelle est tenue au secret professionnel.
- C'est à elle de veiller à ce que personne n'abuse de son autorité sur l'enfant.
- Aucune violence n'est autorisée qu'elles qu'en soient les raisons invoquées et même si les parents le demandent.

A l'issue de cette matinée de formation, est remis aux assistantes maternelles un livre intitulé « Etre assistante maternelle », ainsi qu'un document de synthèse où sont inscrits les rappels précédents.

b) La formation obligatoire des assistantes maternelles agréées à titre non permanent

Elle est organisée par le Conseil Général, dans une commune proche du domicile de l'assistante maternelle. Elle comprend 12 séances d'une demi-journée. Elle est animée par 2 formateurs, indépendants de tout rôle de contrôle et d'évaluation des assistantes maternelles (éducateur de jeunes enfants et/ou psychologue), pour un groupe de 15 stagiaires.

Elle a pour objectifs de :

- Partager et analyser le vécu d'accueil d'enfants avec d'autres professionnelles.
- Approfondir les connaissances théoriques sur le petit enfant.
- Permettre aux assistantes maternelles de vivre une expérience de groupe, de s'habituer à l'expression, à la prise de parole ainsi qu'à l'écoute des autres.

Les thèmes abordés sont :

- La présentation des assistantes maternelles, les règles de groupe.
- Les motivations à être assistante maternelle, à se former.

- Les relations parents - assistante maternelle.
- Les étapes du développement de l'enfant.
- La séparation.
- Le sommeil, les rythmes.
- L'alimentation.
- L'acquisition de la propreté.
- Le jeu et les jouets.
- Les pleurs, l'agressivité.
- Les relations entre enfants.
- L'identité professionnelle de l'assistante maternelle. Sa place dans les dispositifs d'accueil des jeunes enfants.
- La prévention des accidents. Les premiers soins.

La démarche pédagogique :

A partir des thèmes retenus, ont lieu des échanges autour du vécu des assistantes maternelles, avec l'aide de techniques d'animation permettant l'expression de toutes.

Il y a un partage de savoir-faire et de savoir-être.

Le programme est établi par les animateurs en fonction des besoins du groupe, de son niveau de maturité professionnelle et de ses préoccupations dominantes. Il y a une certaine souplesse.

Les apports théoriques sont faits par l'utilisation de documents audio-visuels, de livres, de revues ou l'appel à un intervenant spécialisé si besoin.

4. Les ressources

L'enquête a été menée par Stéphanie Grouès – Le Comte, étudiante en médecine générale dans le cadre de sa thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine.

Le responsable de ce travail est le Docteur Agnès Carriou, médecin du service de Protection Maternelle et Infantile de Nantes, responsable des agréments des assistantes maternelles.

Les moyens techniques utilisés sont ceux du service de PMI et du Conseil Général de Loire-Atlantique.

B. RESULTATS DE L'ENQUETE

1. Quelques chiffres

Nous avons donc dépouillé 2 séries de questionnaires provenant des 2 groupes distincts d'assistantes maternelles agréées à titre non permanent.

Nous appellerons "Groupe 1", celui des assistantes maternelles nouvellement agréées, ayant participé à la demi-journée de formation initiale du samedi matin.

Le "Groupe 2" sera celui des assistantes maternelles qui ont terminé la formation obligatoire (12 demi-journées).

Pour le Groupe 1, sur les 2 sessions de janvier et février 2004, nous avons envoyé 106 questionnaires (53 inscrites à chaque session). Dans les 2 groupes nous avons compté 10 absentes.

Sur la session de janvier, nous avons récupéré 38 questionnaires (sur 43 présentes). 1 assistante maternelle s'est excusée de ne pas le rendre car elle n'avait pu le remplir. C'était trop difficile émotionnellement pour elle, son père venant juste de sortir de prison (condamné pour inceste) !

Sur les 43 présentes à la session de février 2004, 41 questionnaires ont été collectés.

1 assistante maternelle l'avait oublié et devait nous le renvoyer (non fait) !

Au total pour ce groupe, nous avons étudié 79 questionnaires, soit 75% de l'ensemble de ceux envoyés.

Pour le Groupe 2, sur les 5 groupes d'assistantes maternelles, nous avons adressé 84 questionnaires. 48 nous ont été retournés sous enveloppe T, soit 57%.

Globalement, nous avons donc interrogé 190 assistantes maternelles et nous avons eu 127 réponses, soit 67%.

Dans l'ensemble, le questionnaire a été bien accueilli par les assistantes maternelles. A l'exception d'une seule qui a téléphoné au service de PMI la veille de la session de janvier pour exprimer son mécontentement et son outrage !

2. Présentation des résultats

Nous allons vous présenter les réponses à chaque question en faisant une comparaison immédiate des 2 groupes.

Il est important de rappeler que ces résultats quantitatifs doivent être considérés avec prudence car la taille des échantillons étudiés n'est pas suffisante pour tirer des conclusions statistiquement fiables et reproductibles. Ils permettent uniquement d'avoir une idée plus précise sur les connaissances et les habitudes des assistantes maternelles, et éventuellement de comparer celles-ci avant et après formation.

Le questionnaire peut être découpé en 10 parties :

- L'identité de l'assistante maternelle (questions 1 à 4)
- La place de leurs enfants auprès des enfants accueillis (questions 5.a à 5.e)
- Leurs connaissances sur le développement psychosexuel de l'enfant (questions 6 à 10)
- L'abord de la sexualité dans la famille de l'assistante maternelle (questions 11 à 16)
- La place de la pudeur et de l'intimité (questions 17 à 21)
- Les gestes de maternage (questions 22 et 23)
- Les abus sexuels entre mineurs (questions 24 à 29)
- La formation (question 30)
- Leurs attitudes professionnelles (questions 31 et 32)
- Leurs commentaires (question 33)

a) L'identité de l'assistante maternelle (questions 1 à 4 du questionnaire)

- A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

Groupe 1

Classe d'âge	Nombre	%
20-30 ans	13	17%
30-40 ans	39	49%
40-50 ans	19	24%
50-60 ans	8	10%
Plus de 60 ans	0	0%
TOTAL	79	100%

Nous constatons que 58 assistantes maternelles sur 79, soit 73%, ont entre 30 et 50 ans.

Groupe 2

Classe d'âge	Nombre	%
20-30 ans	0	0%
30-40 ans	19	40%
40-50 ans	25	52%
50-60 ans	4	8%
Plus de 60 ans	0	0%
TOTAL	48	100%

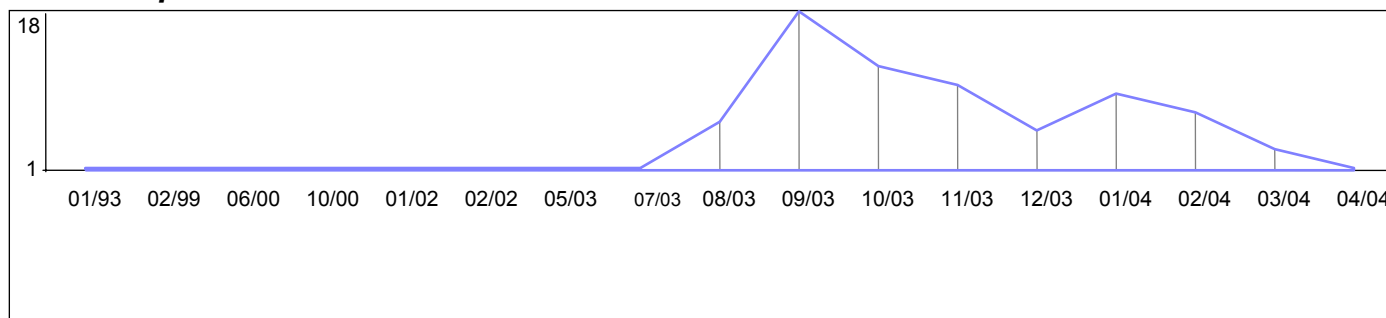
Nous remarquons que 44 assistantes maternelles sur 48, soit 92%, ont donc entre 30 et 50 ans.

Les assistantes maternelles du groupe 1 sont donc globalement plus jeunes de 10 ans, par rapport à celles du groupe 2. Ces résultats sont corrélés au recrutement de la population. En effet, les assistantes maternelles du groupe 2 sont agréées depuis plus

longtemps, étant plus anciennes dans la profession, il est normal qu'elles soient plus âgées.

- Depuis quand accueillez-vous des enfants ?

Groupe 1



Nous observons que le début d'activité des 79 assistantes maternelles s'échelonne de la manière suivante :

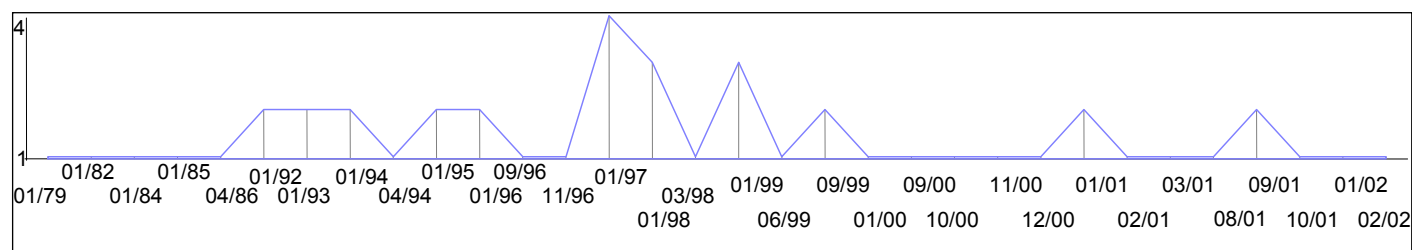
<i>Date de début d'activité</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Avant 2003 (de 1993 à 2002)	6	8%
2003	54*	68%
2004	19	24%
TOTAL	79	100%

* : dont 41 assistantes maternelles ont commencé entre septembre et novembre 2003.

Il faut préciser que les assistantes maternelles dont le début d'activité est antérieur au mois de juillet 2003, accueillait alors des enfants de façon non agréée.

Par ailleurs, certaines assistantes maternelles ont répondu au questionnaire alors qu'elles n'accueillait pas encore d'enfants. C'est ce qui explique les quelques débuts d'activité prévus en mars ou avril 2004, alors que nous avons collecté les derniers questionnaires en février.

Groupe 2



Nous constatons que le début d'activité des 48 assistantes maternelles s'échelonne de la manière suivante :

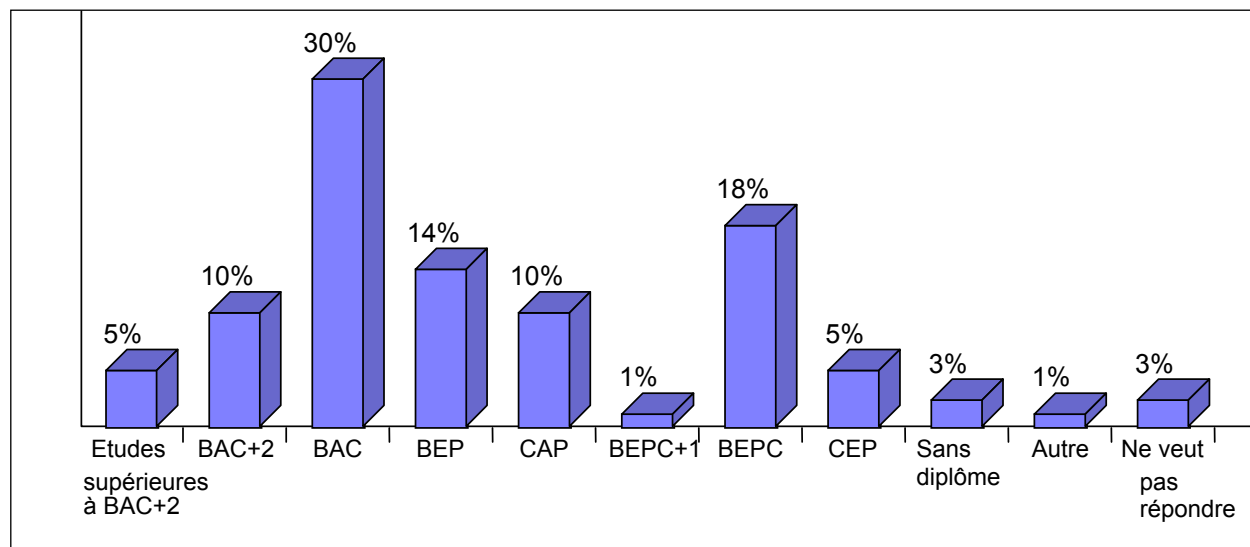
<i>Date de début d'activité</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Avant 1996 (de 1979 à 1995)	14	29%
1996	4	9%
1997	4	9%
1998	4	9%
1999	6	13%
2000	5	10%
2001	8	17%
2002	2	4%
TOTAL	48	100%

Nous observons que le début d'activité des assistantes maternelles de ce groupe s'étale de manière linéaire et que **65% ont commencé entre 1996 et 2001**.

Ici aussi les résultats de chaque groupe sont liés au recrutement.

- Quel est votre niveau d'études ?

Groupe 1

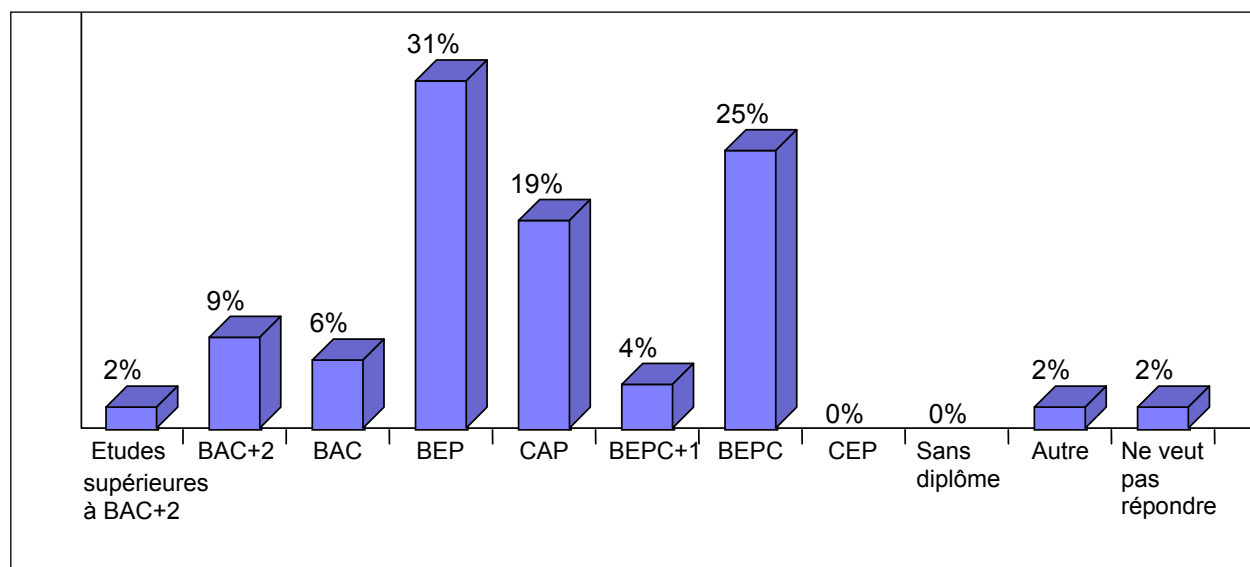


Nous voyons que 24 assistantes maternelles sur 79, soit 30%, ont le BAC.

14, soit 18%, sont allées jusqu'au BEPC.

36 assistantes maternelles sur 79, soit 46%, ont donc un niveau d'études égal ou supérieur au BAC. Tandis que celui de 34 assistantes maternelles sur 79, soit 43%, est compris entre le BEPC et un BEP.

Groupe 2



Nous constatons que 15 assistantes maternelles sur 48, soit 31%, ont un BEP.

12, soit 25%, ont le BEPC.

9, soit 19%, ont un CAP et seulement 4 assistantes maternelles, soit 6%, ont le BAC. 38 assistantes maternelles sur 48, soit 79%, ont donc un niveau d'études compris entre le BEPC et un BEP. Tandis que seulement 8 assistantes maternelles sur 48, soit 17%, ont le BAC ou plus.

Nous remarquons donc que les assistantes maternelles du groupe 2, qui sont plus âgées, ont un niveau d'études moins élevé que celles du groupe 1.

Nous pouvons en conclure que le niveau d'études des assistantes maternelles est, probablement, en train de s'élever.

- Avez-vous des enfants ?

100% des assistantes maternelles des deux groupes ont un ou plusieurs enfants. La moyenne étant de 2 ou 3 enfants par assistante maternelle.

D'après le service de la PMI, ce résultat est représentatif de l'ensemble des assistantes maternelles du département de Loire-Atlantique.

Le fait que toutes les assistantes maternelles aient des enfants, peut nous amener à penser qu'une des principales motivations de ces femmes est de pouvoir gagner leur vie tout en s'occupant de leurs propres enfants.

- Age des enfants

Groupe 1

Le pic se situe à **7 ans**, avec 15 enfants sur 185, soit 8%.

L'âge médian des enfants est d'environ **9 ans**.

Si nous les groupons par tranches d'âge, nous obtenons la répartition suivante :

Age	Nombre	%
Moins de 4 ans	31	17%
4 à 11 ans	72	39%
12 à 18 ans (adolescents)	38	20%
Plus de 18 ans (majeurs)	44	24%
TOTAL	185	100%

Nous constatons également que 141 enfants sont mineurs, soit 76%, dont 53 enfants, soit 29%, sont d'âge préscolaire (moins de 6 ans).

Groupe 2

Le pic se situe à **15 ans**, avec 11 enfants sur 123, soit 9%.

L'âge médian des enfants est d'environ **15 ans**.

Si nous les groupons par tranches d'âge, nous obtenons la répartition suivante :

Age	Nombre	%
Moins de 4 ans	3	2%
4 à 11 ans	32	26%
12 à 18 ans (adolescents)	54	44%
Plus de 18 ans (majeurs)	34	28%
TOTAL	123	100%

Nous observons également que 89 enfants, soit 72%, sont mineurs, dont 7, soit 6%, sont d'âge préscolaire (moins de 6 ans).

De façon globale, les enfants du groupe 2 sont plus âgés que ceux du groupe 1. La majorité sont des adolescents. Ces résultats sont, bien sûr, corrélés à l'âge des assistantes maternelles.

b) La place de leurs enfants auprès des enfants accueillis (questions 5.a à 5.e)

Si vous avez un enfant de plus de 12 ans, quelle est sa place auprès des enfants accueillis ?

- Age de votre enfant (≥ 12 ans)

Groupe 1

Nous obtenons un total de **43** enfants, si nous les groupons par âge, nous observons la répartition suivante :

Age	Nombre	%
12 ans	4	9%
13 ans	6	14%
14 ans	4	9%
15 ans	4	9%
16 ans	8	19%
17 ans	2	5%
18 ans	3	7%
Plus de 18 ans (majeurs)	12	28%
TOTAL	43	100%

Nous constatons donc que 31 enfants, soit 72%, sont mineurs.

Groupe 2

Nous obtenons un total de 35 enfants, si nous les groupons par âge, nous observons la répartition suivante :

Age	Nombre	%
12 ans	3	8%
13 ans	5	14%
14 ans	2	6%
15 ans	9	26%
16 ans	8	23%
17 ans	2	6%
18 ans	1	3%
Plus de 18 ans (majeurs)	5	14%
TOTAL	35	100%

Nous constatons donc que 30 enfants, soit 86%, sont mineurs.

- Quel est son sexe ?

Groupe 1

Sexe	Nombre	%
Garçons	20	47%
Filles	23	53%
TOTAL	43	100%

Groupe 2

Sexe	Nombre	%
Garçons	26	74%
Filles	9	26%
TOTAL	35	100%

Dans ce groupe 2, la différence de répartition entre les sexes reflète la petite taille de l'échantillon. Il est fortement probable que sur un échantillon plus grand, la répartition entre les garçons et les filles serait égale.

- Joue-t-il avec les enfants accueillis?

Groupe 1

Joue	Nombre	%
Oui	26	60%
Non	17	40%
TOTAL	43	100%

Groupe 2

Joue	Nombre	%
Oui	23*	66%
Non	11	31%
Non-réponse	1	3%
TOTAL	35	100%

*** : (dont 100% des filles)**

Nous remarquons que sur les 23 enfants du groupe 2 qui jouent avec les enfants accueillis, il y a la totalité des 9 filles de ce groupe, soit 100% des filles.

Globalement, nous pouvons dire que les assistantes maternelles, en majorité, laissent jouer leurs enfants de plus de 12 ans (surtout leurs filles) avec ceux gardés.

- Si oui, à quelle fréquence joue-t-il ?

Groupe 1

Fréquence	Nombre	%
Régulièrement (tous les jours)	2	8%
Souvent (2 à 3 fois/ semaine)	8	30%
Rarement (2 à 3 fois/ mois)	14	54%
Non-réponse	2	8%
TOTAL	26	100%

Groupe 2

Fréquence	Nombre	%
Régulièrement (tous les jours)	1	4%
Souvent (2 à 3 fois/ semaine)	7	31%
Rarement (2 à 3 fois/ mois)	14	61%
Non-réponse	1	4%
TOTAL	23	100%

La répartition de la fréquence est la même entre les deux groupes.

► Si oui, à quoi joue-t-il ?

Groupe 1

<i>Types de jeux</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Activités manuelles (dessin, bricolage, ...)	1	4%
Cache-cache	0	0%
Chansons, bercements, danses	3	12%
Jeux d'éveil (jouets musicaux, ...)	8	31%
Jeux d'extérieur (football, balançoires, ...)	1	4%
Jeux de construction (puzzle, légo, cubes, ...)	4	15%
Jeux de mains (marionnettes, chansons mimées, ...)	2	8%
Jeux de société	0	0%
Jeux sur les genoux ("bateau sur l'eau", "trotte cheval", ...)	2	8%
Lecture	2	8%
Ordinateur	0	0%
Voitures, Poupées	3	12%
TOTAL	26	100%

Groupe 2

<i>Types de jeux</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Activités manuelles (dessin, bricolage, ...)	3	7%
Cache-cache	1	2%
Chansons, bercements, danses	3	7%
Jeux d'éveil (jouets musicaux, ...)	3	7%
Jeux d'extérieur (football, balançoires, ...)	8	21%
Jeux de construction (puzzle, légo, cubes, ...)	9	23%
Jeux de mains (marionnettes, chansons mimées, ...)	3	7%
Jeux de société	1	2%
Jeux sur les genoux ("bateau sur l'eau", "trotte cheval", ...)	1	2%
Lecture	3	7%
Ordinateur	2	5%
Voitures, Poupées	4	10%
TOTAL	41	100%

- Participe-t-il aux repas des enfants accueillis ?

Groupe 1

Participe aux repas	Nombre	%
Oui	25	58%
Non	18	42%
TOTAL	43	100%

Groupe 2

Participe aux repas	Nombre	%
Oui	24	69%
Non	11	31%
TOTAL	35	100%

Il n'y a donc pas de différence significative entre les deux groupes.

- Si oui, à quelle fréquence ?

Groupe 1

Fréquence	Nombre	%
Régulièrement (tous les jours)	4	16%
Souvent (2 à 3 fois/ semaine)	9	36%
Rarement (2 à 3 fois/ mois)	11	44%
Non-réponse	1	4%
TOTAL	25	100%

Groupe 2

Fréquence	Nombre	%
Régulièrement (tous les jours)	6	25%
Souvent (2 à 3 fois/ semaine)	4	17%
Rarement (2 à 3 fois/ mois)	13	54%
Non-réponse	1	4%
TOTAL	24	100%

Là encore, la fréquence la plus représentée est la même entre les deux groupes.

La majorité des enfants de plus de 12 ans participent donc aux repas quand ils sont là (mercredis, vacances scolaires, ...).

- Participe-t-il aux changes et/ou à la toilette des enfants accueillis ?

Groupe 1

Participe aux changes et/ou à la toilette	Nombre	%
Oui	7*	16%
Non	36	84%
TOTAL	43	100%

* : que des filles.

Groupe 2

Participe aux changes et/ou à la toilette	Nombre	%
Oui	2	6%
Non	33	94%
TOTAL	35	100%

► Si oui, à quelle fréquence ?

Groupe 1

Fréquence	Nombre	%
Régulièrement (tous les jours)	2	29%
Souvent (2 à 3 fois/ semaine)	2	29%
Rarement (2 à 3 fois/ mois)	2	29%
Non-réponse	1	14%
TOTAL	7	100%

Groupe 2

Fréquence	Nombre	%
Régulièrement (tous les jours)	0	0%
Souvent (2 à 3 fois/ semaine)	1	50%
Rarement (2 à 3 fois/ mois)	1	50%
TOTAL	2	100%

Nous voyons donc que plus de 8 assistantes maternelles sur 10 (du groupe 1), et plus de 9 sur 10 (du groupe 2), n'ont pas l'intention de faire participer leurs enfants de plus de 12 ans aux soins corporels des enfants accueillis.

Il ne reste que 16% des assistantes maternelles du groupe 1 qui, finalement, ne font participer que les filles.

Dans le groupe 2, il y a quand même un garçon de plus de 12 ans qui participe aux soins corporels des petits enfants.

Nous pouvons donc en conclure que malgré la formation complète, certains messages ne passent pas auprès d'assistantes maternelles.

- Prend-t-il les enfants accueillis sur ses genoux ?

Groupe 1

<i>Prend sur ses genoux</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Oui	26	60%
Non	17	40%
TOTAL	43	100%

Groupe 2

<i>Prend sur ses genoux</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Oui	22	63%
Non	13	37%
TOTAL	35	100%

Nous constatons que dans les deux groupes, 60% des enfants de plus de 12 ans (des assistantes maternelles) prennent les enfants accueillis sur leurs genoux mais de façon rare. Néanmoins nous nous demandons à quelle occasion cela arrive-t-il ? Est-ce pendant les jeux ?

- .Joue-t-il avec les enfants accueillis dans sa chambre hors de votre présence ?

Groupe 1

<i>Joue dans sa chambre</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Oui	4	9%
Non	38	89%
Non-réponse	1	2%
TOTAL	43	100%

Groupe 2

<i>Joue dans sa chambre</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Oui	3	9%
Non	32	91%
TOTAL	35	100%

- Si oui, à quelle fréquence ?

Groupe 1

<i>Fréquence</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Régulièrement (tous les jours)	2	50%
Souvent (2 à 3 fois/ semaine)	0	0%
Rarement (2 à 3 fois/ mois)	2	50%
TOTAL	4	100%

Groupe 2

<i>Fréquence</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Régulièrement (tous les jours)	0	0%
Souvent (2 à 3 fois/ semaine)	2	67%
Rarement (2 à 3 fois/ mois)	0	0%
Non-réponse	1	33%
TOTAL	3	100%

Nous constatons donc qu'il y a le même pourcentage, soit **9%**, d'assistantes maternelles des deux groupes, qui laissent jouer leurs enfants de plus de 12 ans avec les enfants accueillis, seuls dans leurs chambres. Et avec, pour la majorité, une fréquence allant de 2 à 3 fois / semaine à tous les jours.

Ceci est bien évidemment **anormal**. L'assistante maternelle ayant la pleine responsabilité de l'enfant gardé.

Nous observons à nouveau que, malgré la formation, certaines assistantes maternelles du groupe 2 n'ont pas intégré l'un des principaux messages.

c) Les connaissances des assistantes maternelles sur le développement psychosexuel de l'enfant (questions 6 à 10)

- A quel âge pensez-vous qu'un enfant est conscient d'être un garçon ou une fille ?

Groupe 1

Nous observons la répartition suivante :

Age	Nombre	%
Moins de 2 ans	4	5%
2 ans à 3 ans ½	40	51%
3 ans ½ à 4 ans ½	13	16%
4 ans ½ à 6 ans	8	10%
6 à 8 ans	4	5%
Non-réponse	10	13%
TOTAL	79	100%

Groupe 2

Nous observons la répartition suivante :

Age	Nombre	%
Moins de 2 ans	0	0%
2 ans à 3 ans ½	28	59%
3 ans ½ à 4 ans ½	12	25%
4 ans ½ à 6 ans	2	4%
6 à 8 ans	3	6%
Non-réponse	3	6%
TOTAL	48	100%

Ici, pas de différence significative entre les deux groupes. La moitié des assistantes maternelles a une bonne représentation de l'âge où un enfant est conscient de son sexe.

Pour M. Rufo, c'est pendant la phase génitale précoce, base de l'identité sexuelle, qu'un enfant prend conscience de son sexe. Aux alentours de **20 mois**, un garçon sait donc qu'il est un garçon et une fille sait qu'elle est une fille [84].

Pour D. Beaune et M-J. Mabire, à 2 ans l'enfant distingue les garçons des filles par leur apparence vestimentaire ou leur coiffure. Vers **2 ans et demi**, l'enfant est conscient de ses organes génitaux et affirme verbalement son sexe et la différence par rapport au sexe opposé [2].

- A votre avis, les jeux sexuels entre enfants (jeu du docteur, jouer au papa et à la maman, par exemple) existent-ils ?

Groupe 1

Existence des jeux sexuels	Nombre	%
Oui	62	78%
Non	5	6%
Ne sait pas	10	13%
Non-réponse	2	3%
TOTAL	79	100%

Groupe 2

Existence des jeux sexuels	Nombre	%
Oui	40	84%
Non	2	4%
Ne sait pas	3	6%
Non-réponse	3	6%
TOTAL	48	100%

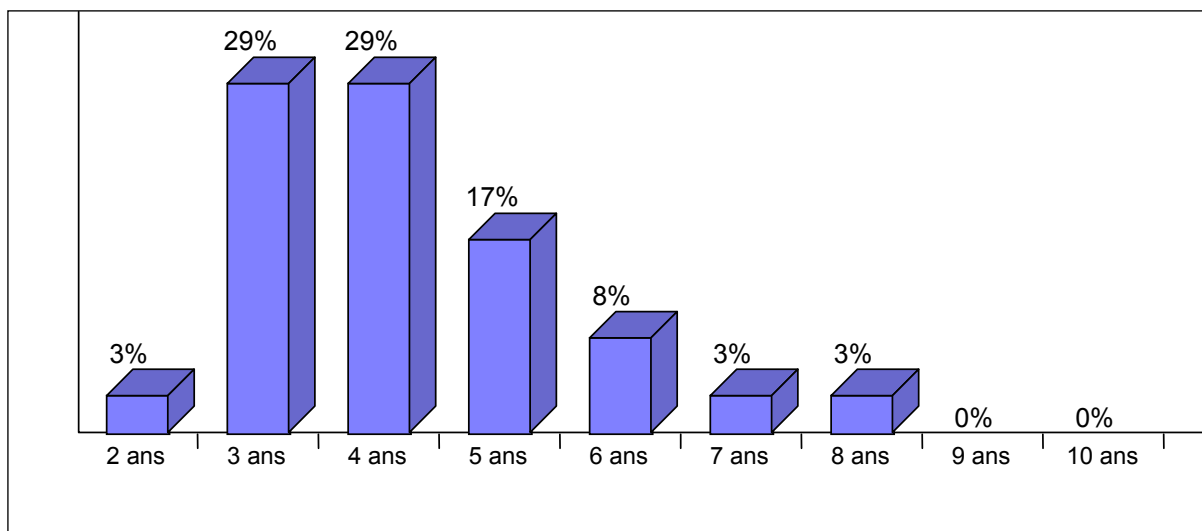
Ici, la proportion de réponses positives est quasi identique.

Mais nous constatons qu'il y a encore quelques assistantes maternelles (8 sur 127, soit 6%) pour qui les jeux sexuels entre enfants n'existent pas !

Par ailleurs, avant d'avoir suivi une formation, il y a plus d'assistantes maternelles qui ne savent pas.

► Si oui, à quel âge ces jeux existent-ils ?

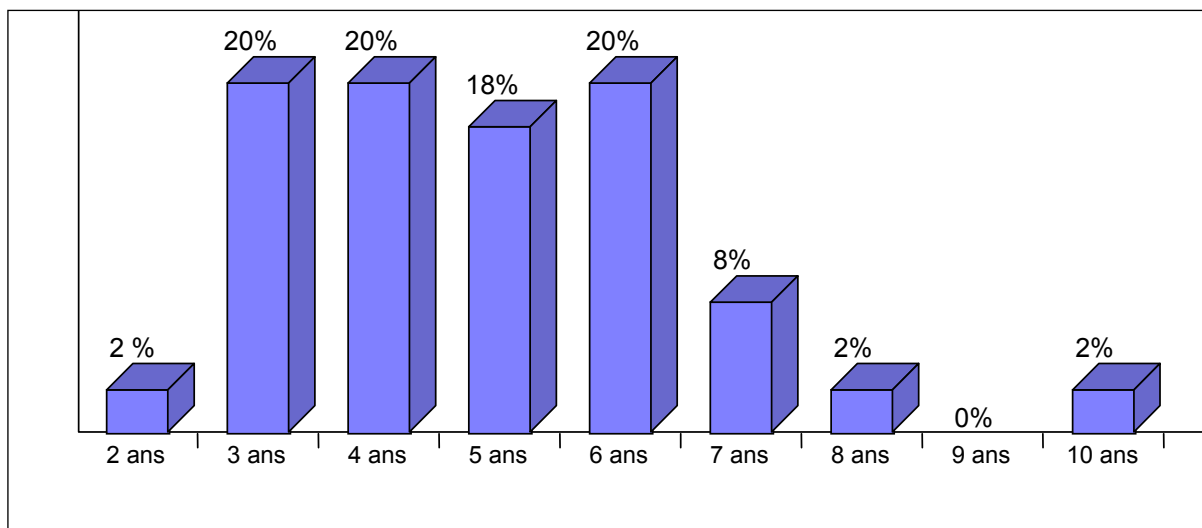
Groupe 1



Nous constatons que 46 assistantes maternelles sur 62, soit 74%, situent l'existence des jeux sexuels entre **3 et 5 ans**.

5 assistantes maternelles, soit 8%, n'ont pas répondu.

Groupe 2



Nous relevons que 31 assistantes maternelles sur 40, soit 78%, situent l'existence des jeux sexuels entre **3 et 6 ans**.

3 assistantes maternelles, soit 8%, n'ont pas répondu.

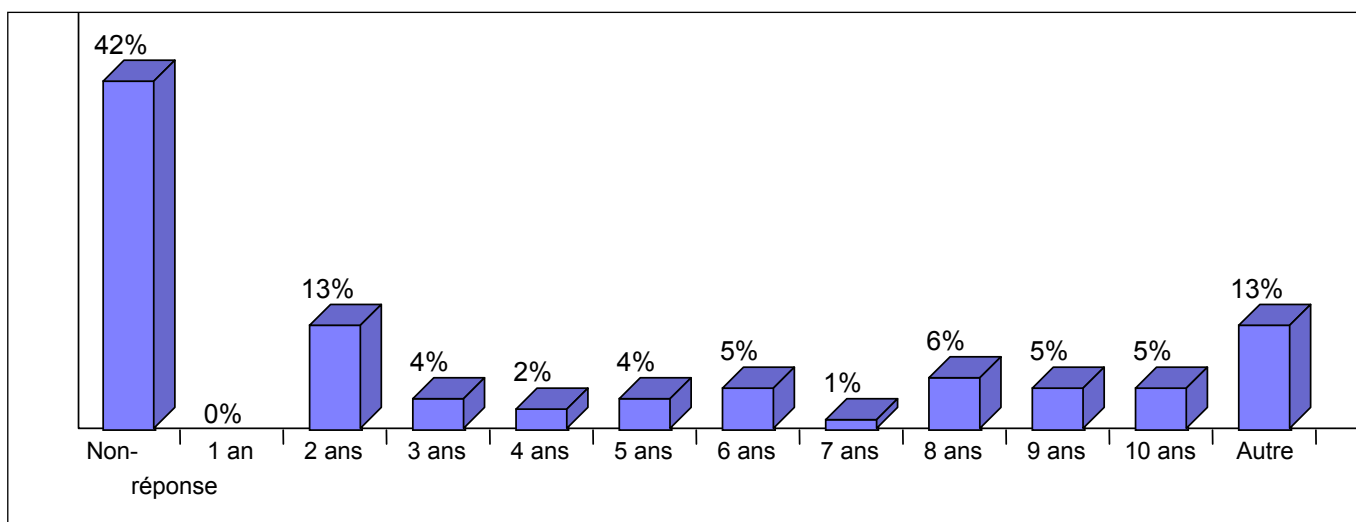
Trois assistantes maternelles sur quatre ont donc une bonne idée de l'âge où existent les jeux sexuels entre enfants.

M. Rufo note que « les filles et les garçons se retrouvent bien volontiers pour partager un jeu auquel sans doute nous avons tous joué au même âge : le jeu du Docteur. C'est vers **4 ou 5 ans** qu'ils le découvrent, à cet âge où « ils ne pensent qu'à ça », non pas au sexe en tant que sexualité agie, mais avec une sorte de goût anatomique, à la Léonard de Vinci : ils veulent connaître leur corps, leurs organes, pour connaître et affirmer leur sexe, essayer de comprendre les différences entre filles et garçons. » [84].

F. Dolto écrivait en 1971, dans un chapitre consacré au stade phallique, à propos de la question souvent posée par les enfants : « *Quelle différence y a-t-il entre une fille et un garçon ?* (...) Quant au garçon, il faudra qu'il soit averti par des menaces de mutilations génitales, pour prendre nettement conscience de ce qu'il a jusque-là refusé de voir : la fille n'en a réellement pas. Cela se passera vers **5 ou 6 ans** environ, âge où les propos avec les autres et surtout les jeux sexuels entre garçons et filles ne lui laisseront plus de doute. » [26].

- A votre avis, à partir de quelle différence d'âge entre les enfants, ces jeux ne devraient-ils plus exister ?

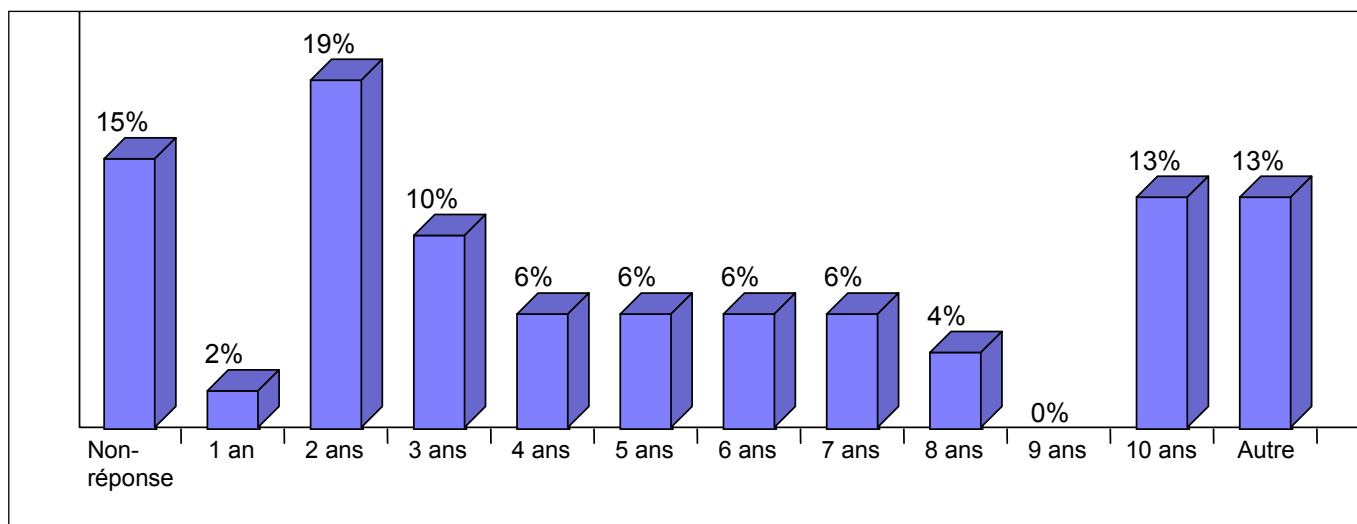
Groupe 1



La première chose que nous remarquons ici, c'est la part importante de non-réponses : 33 assistantes maternelles, soit 42%. Un peu plus de 4 assistantes maternelles sur 10, qui n'ont suivi aucune formation, ne savent pas répondre à cette question.

Pour les autres, la majorité des assistantes maternelles, les réponses se répartissent assez régulièrement entre 2 et 10 ans de différence d'âge, avec un pic à **2 ans**.

Groupe 2



La grande différence avec le groupe précédent, est le nombre beaucoup moins important de non-réponses, 7 assistantes maternelles, soit 15%. Nous pouvons donc penser que, sur ce thème, la formation a été bénéfique.

Comme précédemment, la différence d'âge la plus citée est 2 ans, avec 9 réponses, soit 19%. 14 assistantes maternelles sur 48, soit 29%, situent entre **2 et 3 ans** la limite de différence d'âge permise.

Il faut noter également que 6 assistantes maternelles sur 48, soit 13%, tolèrent, pour les jeux sexuels, une différence d'âge de 10 ans entre les enfants.

Nous pouvons donc conclure, qu'en tant que mère, les assistantes maternelles seraient choquées de voir des jeux à caractère sexuel persister entre enfants de plus de **3 ans** d'écart. Cela correspond à la différence d'âge existant entre les enfants en école maternelle.

► Si “autre”, précisez

Sur les 16 assistantes maternelles des deux groupes ayant répondu autre chose, 10 pensent qu'il ne s'agit pas d'une question de différence d'âge, mais simplement d'une question d'âge. Suivant les assistantes maternelles, elles fixent la limite au fait qu'un des deux enfants a entre 6 et 14 ans. Mais ce questionnement n'est pas le bon. En effet, c'est tout à fait différent si les deux enfants ont 10 ans ou si l'un a 10 ans et l'autre 3 !

2 autres tolèrent une différence de 12 ans.

Et 3 assistantes maternelles disent ne pas savoir.

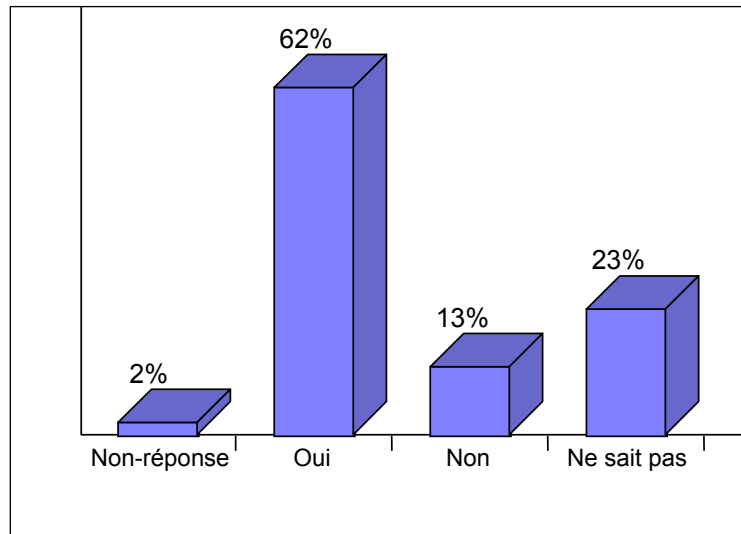
En 1999, J-Y. Hayez parle d'abus sexuel à partir de **5 ans** de différence d'âge [46].

En parlant des activités sexuelles entre adolescents et enfants prépubères, il dit : « Lorsque la différence d'âge reste assez faible (4-5 ans maximum), nous plaidons pour que restent parfois à envisager des consentements bilatéraux : la « psychologie » du plus âgé n'est pas toujours très éloignée de celle du plus jeune ! Par contre, lorsque la différence d'âge est plus grande – et en fixant approximativement la frontière à 5 ans – l'adolescent apparaît inmanquablement aux yeux du plus jeune comme une force impressionnante à laquelle il est difficile de résister : on glisse donc facilement du « *grand qui ne voulait qu'être gentil* », dans le domaine de l'**abus**. »

S. Lamb et M. Coakley définissaient en 1993, dans leur étude sur la différenciation des jeux sexuels normaux entre enfants, des abus sexuels entre enfants, les critères généralement acceptés pour parler d'abus sexuels : l'usage d'une force violente ou de menaces, ou une différence d'âge entre les deux participants de **5 ans** ou plus [64].

- Pensez-vous que la masturbation d'un enfant soit normale ?

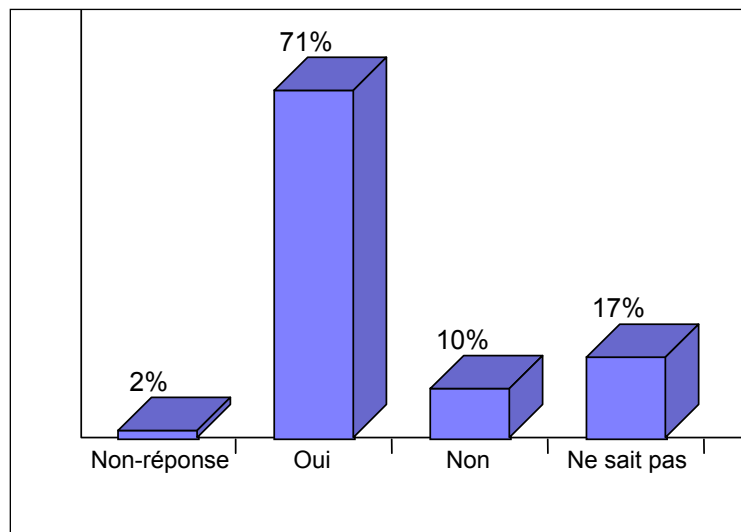
Groupe 1



Nous constatons que seules 49 assistantes maternelles sur 79, soit 62%, pensent que la masturbation est normale.

Si nous groupons les réponses "Non" et les "Ne sait pas", nous obtenons 28 assistantes maternelles sur 79. Ainsi 1 assistante maternelle sur 3 ne sait pas que la masturbation est normale ou pense qu'elle est anormale.

Groupe 2



Nous observons que seules 34 assistantes maternelles sur 48, soit 71%, pensent que la masturbation est normale.

Si nous groupons les réponses “Non” et les “Ne sait pas”, nous obtenons 13 assistantes maternelles sur 48. Ainsi 1 assistante maternelle sur 4 ne sait pas que la masturbation est normale ou pense qu’elle est anormale.

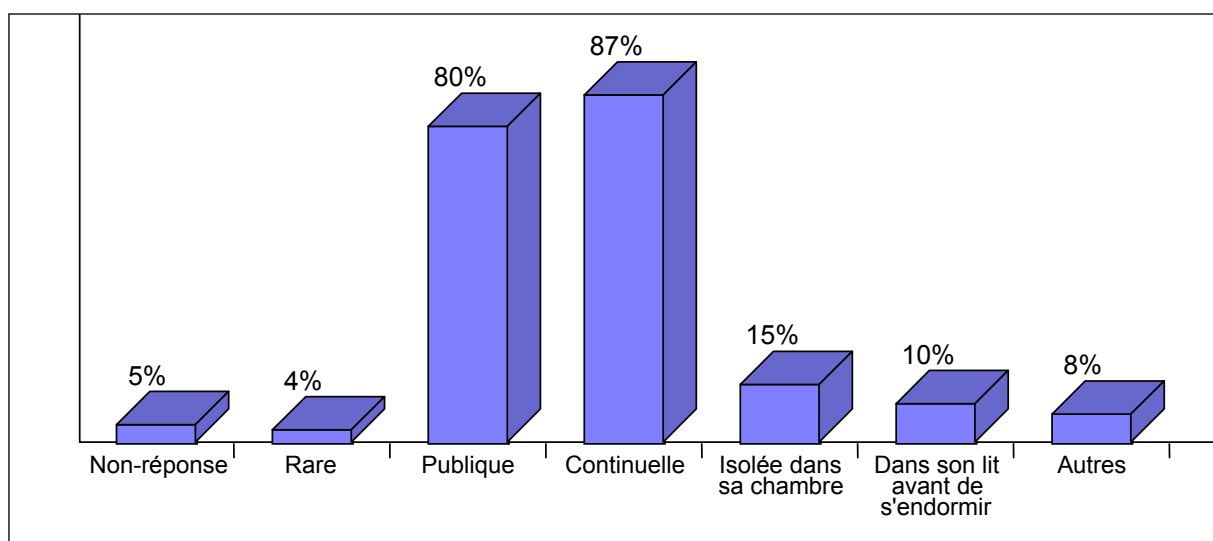
Malgré la formation, il reste 27% des assistantes maternelles qui ne savent pas que la masturbation d’un enfant est normale.

Pour les réponses positives, très majoritaires, la différence entre les deux groupes n’est pas significative. Nous pouvons penser que ces résultats correspondent aux réponses de la population générale.

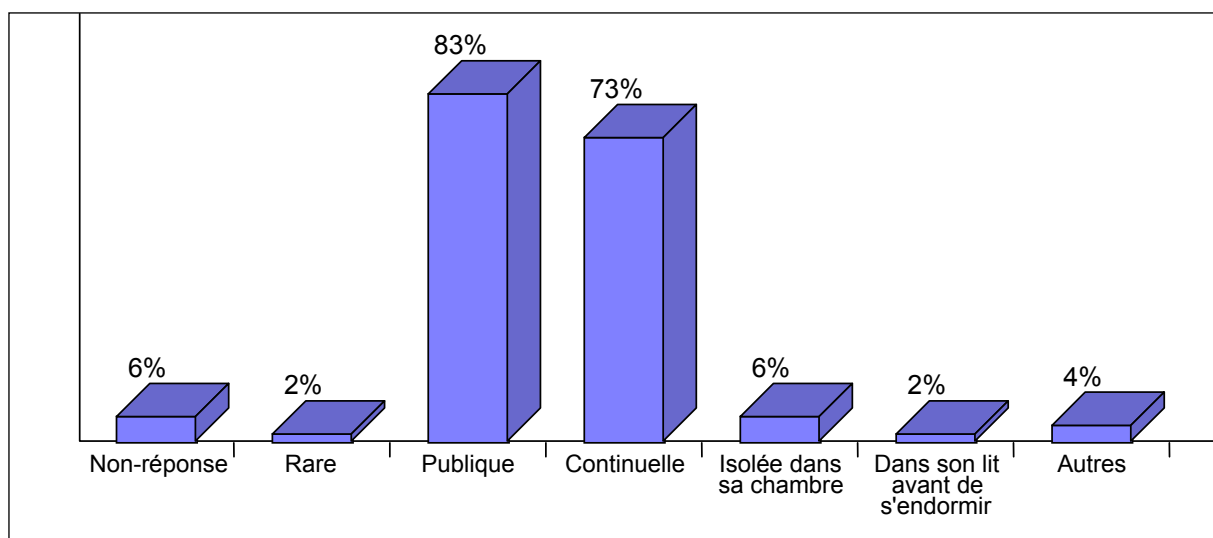
Dans son dernier ouvrage, M. Rufo affirme que « loin d’être sale ou honteuse, la masturbation infantile est l’une des étapes importantes du développement sexuel, puisqu’elle apparaît comme le point de départ de la vie sexuelle ultérieure. (...) Entre **3 et 6 ans**, la masturbation est physiologique, et doit être considérée comme une découverte et une appropriation de son corps, une appropriation anatomique de son sexe. Jusqu’à présent, l’enfant en avait une représentation psychique, il passe en quelque sorte aux travaux pratiques, le petit garçon vérifiant qu’il est bien un petit garçon et la petite fille, une petite fille. » [84].

- Quand la masturbation d’un enfant vous inquiéterait-elle ? (plusieurs réponses possibles)

Groupe 1



Groupe 2



Nous constatons que 8 à 9 assistantes maternelles sur 10, quel que soit le groupe, ont une idée de cette question, et seraient inquiètes devant une masturbation continue et publique.

Sur les 8 assistantes maternelles (sur 127, soit 6%) qui ont répondu "Autres" :

3 ne savent pas répondre à cette question,

1 ne s'inquiète devant aucune masturbation (nous trouvons cette réaction inquiétante !),

1 s'inquiète si la masturbation est devant un autre enfant et 1 autre si elle existe à chaque difficulté que rencontre l'enfant.

Comme M. Rufo, nous pensons que si la masturbation est bien une étape essentielle dans le développement de l'identité sexuelle, elle doit rester cachée. Lorsqu'elle est exhibitionniste, la masturbation devient un symptôme. « Elle est souvent le signe apparent d'une dysharmonie du développement, un appel majeur pour exprimer un malaise plus profond, un trouble de l'identité non repéré. (...) La masturbation prolongée (un enfant qui continue de se masturber vers 8 ou 9 ans) signe alors un trouble de la sociabilité, de la relation à autrui. » [84].

M. Dollander et C. de Tychev, citent F. Dolto à propos de la notion de plaisir et de la masturbation normale. L'enfant expérimente très tôt lui-même, cette notion de plaisir, à travers la phase de masturbation normale qui accompagne l'étape de découverte de son corps par tous les petits garçons et toutes les petites filles. « Cette étape cesse

d'être normale à partir du moment où la masturbation devient itérative, compulsive et publique. » [23].

d) L'abord de la sexualité dans la famille de l'assistante maternelle (questions 11 à 16)

- Avez-vous déjà abordé la question de la sexualité avec vos enfants ?

Groupe 1

A abordé la sexualité	Nombre	%
Oui	44	56%
Non	33	42%
Non-réponse	2	2%
TOTAL	79	100%

La part importante de réponses négatives (33 assistantes maternelles sur 79, soit 42%), s'explique en partie par l'âge des enfants des assistantes maternelles de ce groupe. En effet, ici 39% des enfants ont entre 4 et 11 ans. C'est aussi la remarque qu'ont fait beaucoup d'assistantes maternelles ayant répondu « Non ».

Nous faisons par contre la critique, que même chez un petit de 3 ans, nous pouvons et nous devons parler de la sexualité. Mais les termes et les explications données ne doivent bien évidemment pas être les mêmes à 3 ans et à 15 ans !

Groupe 2

A abordé la sexualité	Nombre	%
Oui	43	90%
Non	4	8%
Non-réponse	1	2%
TOTAL	48	100%

Ici, 9 assistantes maternelles sur 10 ont déjà parlé de sexualité avec leurs enfants. Seules 4 assistantes maternelles sur 48 n'en ont pas parlé. Il s'agit probablement de celles qui ont des enfants en bas âge.

La grande différence avec le groupe précédent, pour les réponses positives et négatives, s'expliquent là aussi, en partie, par l'âge des enfants. En effet 44% des enfants ont entre 12 et 18 ans. Nous pouvons espérer aussi, qu'une partie de ces réponses est due à la formation !

- Si oui, avec quelle fréquence abordez-vous la question de la sexualité avec vos enfants ?

Groupe 1

Fréquence	Nombre	%
Souvent	10	23%
Rarement	16	36%
Non-réponse	18	41%
TOTAL	44	100%

Groupe 2

Fréquence	Nombre	%
Souvent	8	19%
Rarement	15	35%
Non-réponse	20	46%
TOTAL	43	100%

La répartition entre les deux groupes est donc identique. De façon générale, les assistantes maternelles qui parlent de la sexualité avec leurs enfants, le font rarement.

- ▶ Si oui, comment abordez-vous la sexualité avec vos enfants et à quelle occasion ?

Nous retrouvons les mêmes réponses pour les deux groupes.

La grande majorité des assistantes maternelles abordent la question de la sexualité avec leurs enfants, par la discussion, le dialogue. Trois disent s'être aidées de livres et une autre de cassettes vidéo.

Elles en parlent toutes après une question de l'enfant, mais jamais spontanément.

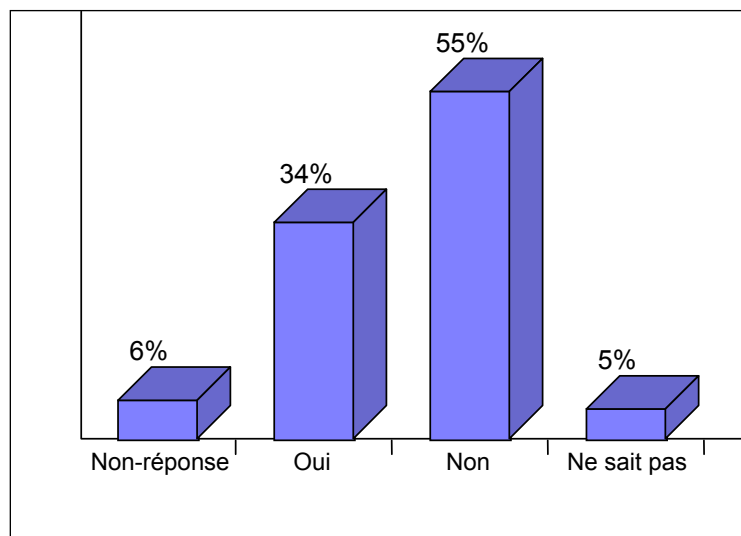
Les occasions où elles en ont parlé, sont les suivantes :

- Après la question : « Comment fait-on les bébés ? ».
- Au moment de la toilette (elles parlent de l'intimité).
- Suite à une naissance dans l'entourage, ou après avoir vu une femme enceinte.
- Au moment de la puberté (à propos des règles).
- A l'adolescence. Les thèmes abordés alors sont : la contraception, les MST, les rapports sexuels, les préservatifs, le SIDA, les sorties, les premiers émois...
- Suite à un sujet abordé à l'école.
- Suite à l'actualité (pédophilie, viol, SIDA, homosexualité,...), à une émission médiatisée.
- Après avoir vu son enfant se masturber.

Le message qu'elles font passer et qui revient souvent, c'est : « Personne n'a le droit de te toucher ».

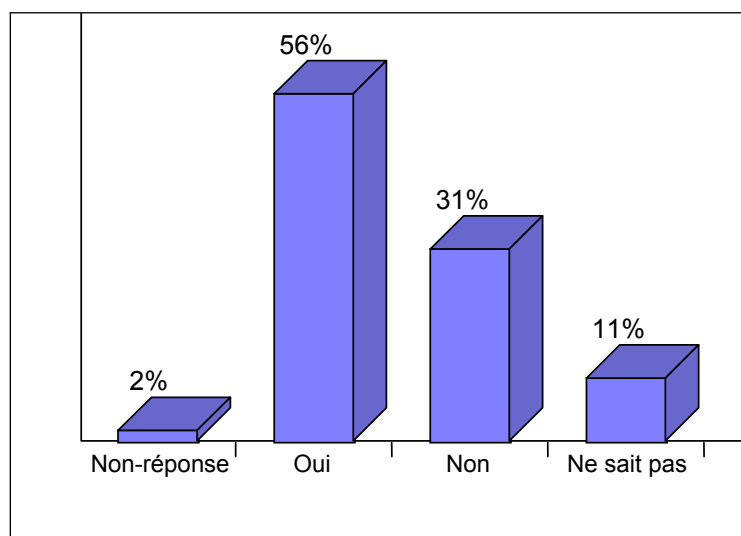
- Le papa en a-t-il parlé avec ses enfants ?

Groupe 1



Ici aussi, la part de réponses « Non » (43 assistantes maternelles sur 79 soit 55%) est en partie liée au bas âge des enfants.

Groupe 2



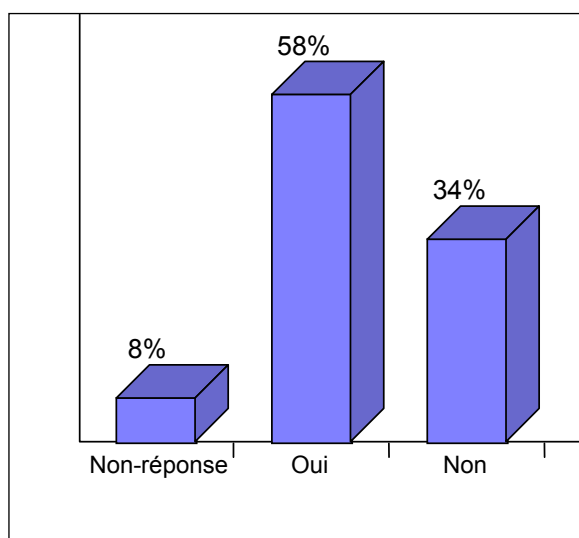
Nous constatons que pour ce groupe le rapport entre les « Oui » et les « Non » est inversé. Ceci est probablement lié aussi à l'âge plus élevé des enfants.

Par ailleurs, nous remarquons que, globalement, les pères parlent moins de la sexualité avec leurs enfants, que les mères. Le temps de présence au domicile et donc avec les enfants, doit probablement intervenir. Mais nous pouvons nous demander si, néanmoins, les pères ne sont pas plus embarrassés pour aborder ces questions ?

Il faut noter aussi, que 9 assistantes maternelles sur 127, soit 7%, ne savent pas si leur mari ou compagnon a déjà parlé de sexualité avec leurs enfants.

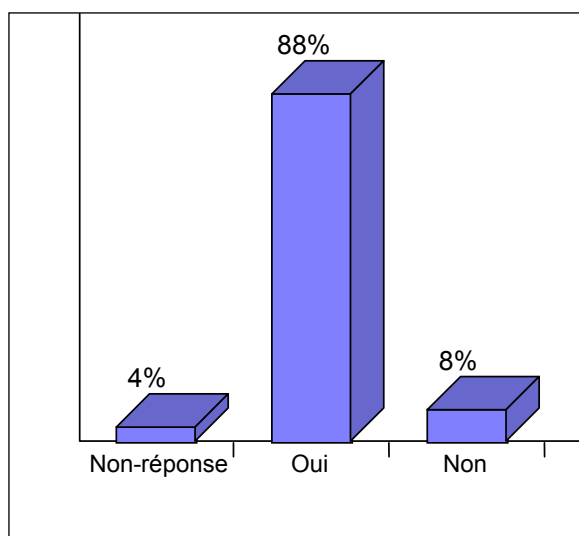
- Est-ce un sujet dont vous parlez en famille ?

Groupe 1



Dans ce groupe, 27 assistantes maternelles sur 79, soit 34%, ne parlent pas de sexualité en famille. Nous retrouvons ici encore la part due au bas âge des enfants.

Groupe 2



Ici les enfants sont plus grands, la sexualité est donc plus parlée en famille.

► Si oui, avec quelle fréquence en parlez-vous ?

Groupe 1

<i>Fréquence</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Souvent	6	13%
Rarement	24	52%
Non-réponse	16	35%
TOTAL	46	100%

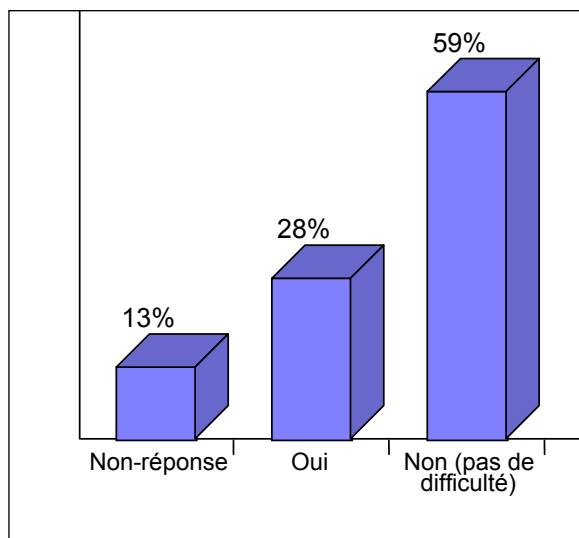
Groupe 2

<i>Fréquence</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Souvent	6	14%
Rarement	25	60%
Non-réponse	11	26%
TOTAL	42	100%

La répartition entre les deux groupes est sensiblement identique. Comme vu précédemment, les assistantes maternelles qui parlent de la sexualité en famille, le font rarement.

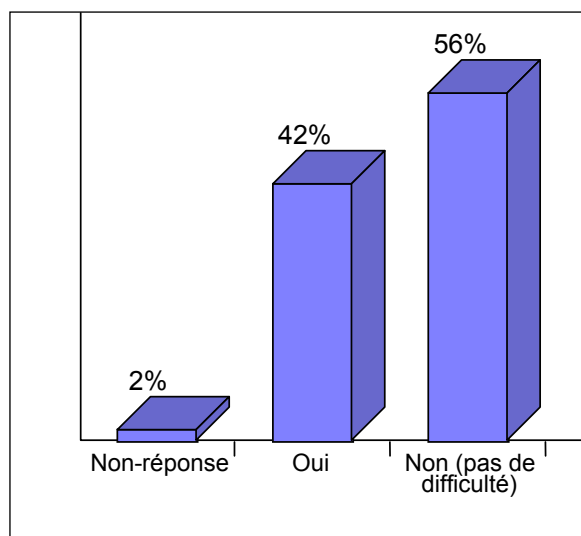
- La sexualité est-elle une chose difficile à évoquer avec vos enfants ?

Groupe 1



Pour 47 assistantes maternelles sur 79, soit 59%, la sexualité n'est pas difficile à aborder avec leurs enfants. 22 assistantes maternelles, soit 28%, trouvent ça difficile et 10, soit 13%, n'ont pas répondu.

Groupe 2



Nous retrouvons la même proportion de réponses « Non » que dans le groupe précédent. Par contre 42% des assistantes maternelles (20 sur 48) trouvent difficile de parler de sexualité avec ses enfants. Est-ce parce que les enfants sont plus âgés et qu'elles en parlent plus ?

Près de la moitié des assistantes maternelles ne savent donc pas dire s'il est difficile de parler de la sexualité avec leurs enfants ou considèrent que cela est difficile.

► Si oui, quel est le degré de difficulté ?

Groupe 1

Degré	Nombre	%
Très difficile	3	13%
Moyennement difficile	14	64%
Non-réponse	5	23%
TOTAL	22	100%

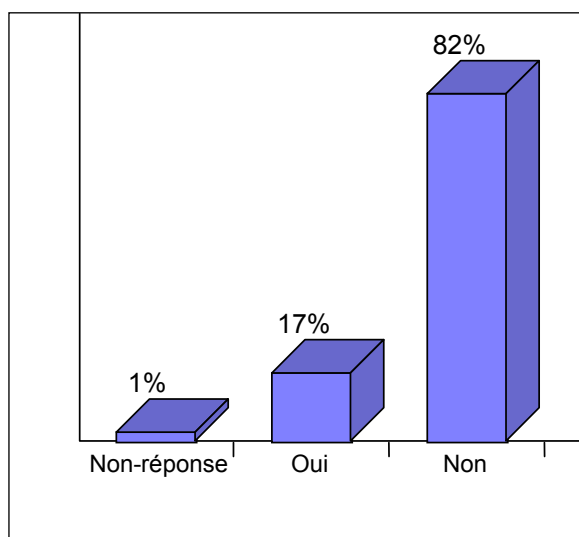
Groupe 2

Degré	Nombre	%
Très difficile	0	0%
Moyennement difficile	19	95%
Non-réponse	1	5%
TOTAL	20	100%

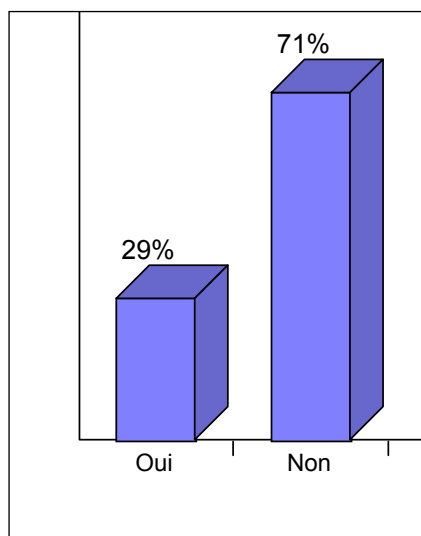
La grande majorité des assistantes maternelles qui ont du mal à parler de la sexualité avec leurs enfants, trouvent cela moyennement difficile.

- Connaissez-vous des livres pouvant vous aider à en parler avec vos enfants ?

Groupe 1



Groupe 2



La proportion d'assistantes maternelles du groupe 2 (14 sur 48 soit 29%), qui connaissent des livres sur la sexualité, est presque deux fois plus importante que celles du premier groupe (13 sur 79 soit 17%). Est-ce le bénéfice de la formation ou de l'âge des enfants? En effet, face aux questions de leurs enfants plus âgés, les assistantes maternelles du groupe 2 ont peut-être cherché un livre adapté.

► Si oui, lesquels ?

Le livre qui revient le plus souvent est « Le guide du zizi sexuel » de TITEUF (auteur : ZEP). Il est cité dix fois.

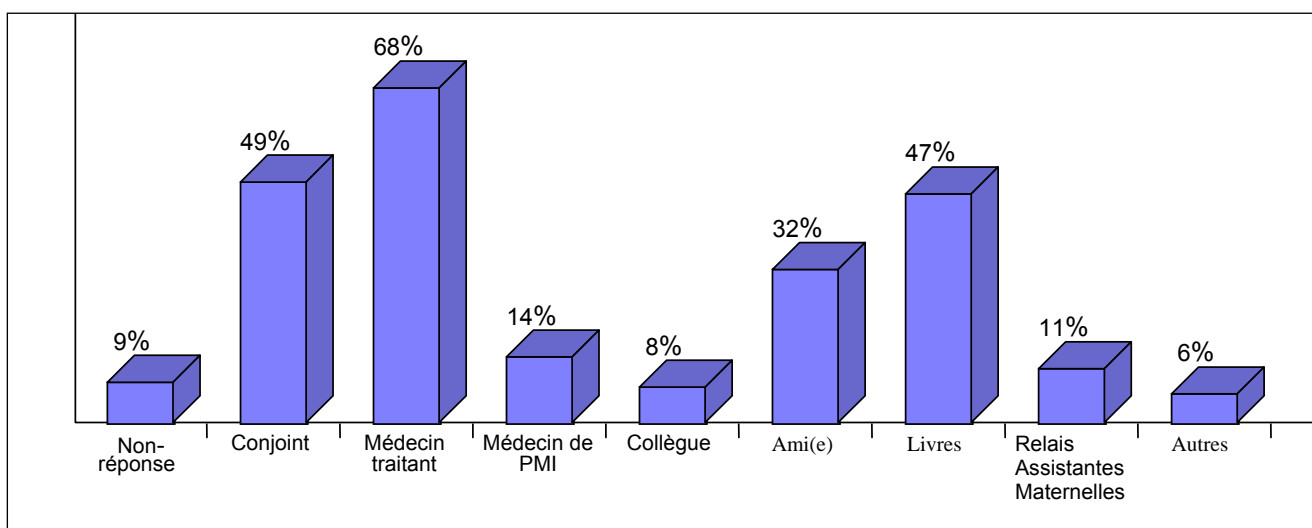
« Questions d'Amour pour les 5 à 8 ans » revient deux fois.

Puis différents titres de livres sont donnés :

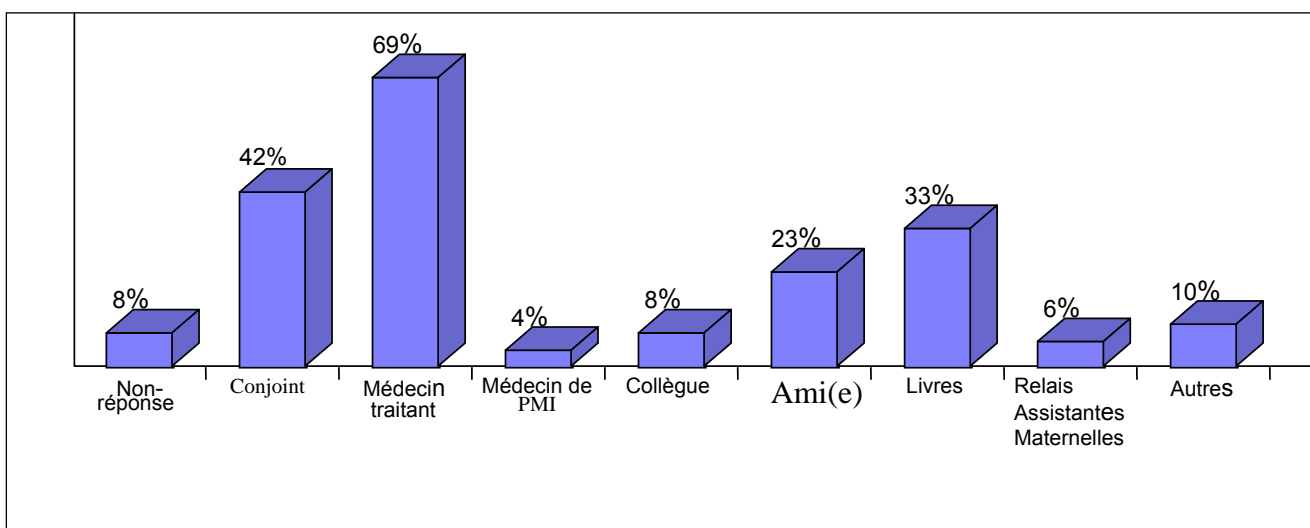
« Jeunes années » paru en 1994, « D'où viens-tu bébé ? », « Encyclopédie de la vie sexuelle 10-13 ans » Ed. Hachette, « Max et Lili », « La sexualité des ados », « Œdipe toi-même » et « Frères et sœurs » de Marcel Rufo, « A la découverte de mon corps » de Linda Madaras, « Elever mon enfant aujourd'hui » d'Edwige Antier, le « Dico Ado » de Catherine Dolto, « Le corps » Ed. Nathan, livres de Françoise Dolto et de E. Rigon.

- Si vous avez des questions à ce sujet, vers qui vous tournez-vous pour vous renseigner ? (plusieurs réponses possibles)

Groupe 1



Groupe 2



Les proportions et le classement par ordre d'importance des quatre premiers items sont approximativement les mêmes.

Près de 70% des assistantes maternelles se tournent d'abord vers leur médecin traitant, avant même leur conjoint, qui arrive en deuxième position pour 46% d'entre elles.

Nous voyons donc bien ici l'importance et la responsabilité du médecin généraliste. Ainsi que la nécessité qu'il soit formé à ces questions. Ces thèmes mériteraient d'être abordés plus amplement au cours des études médicales, car aujourd'hui ils sont pratiquement inexistantes.

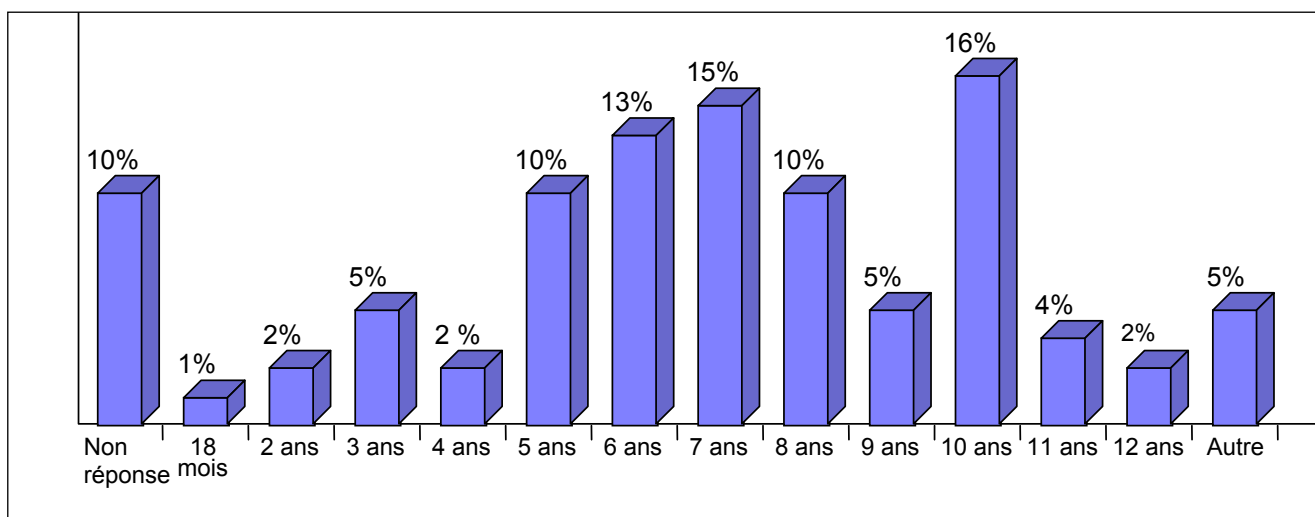
Les 10 assistantes maternelles qui ont répondu « Autre », ont noté :

- la famille pour 4 d'entre elles (grands-parents, belle-mère, ...)
- le pédiatre pour 2
- les conférences et les émissions de radio ou de télévision pour 2
- le pédopsychiatre pour 1
- l'éducateur spécialisé pour 1
- l'association d'assistantes maternelles pour 1.

d) La place de la pudeur et de l'intimité (questions 17 à 21)

- A votre avis, à partir de quel âge un enfant manifeste-t-il de la pudeur ?

Groupe 1

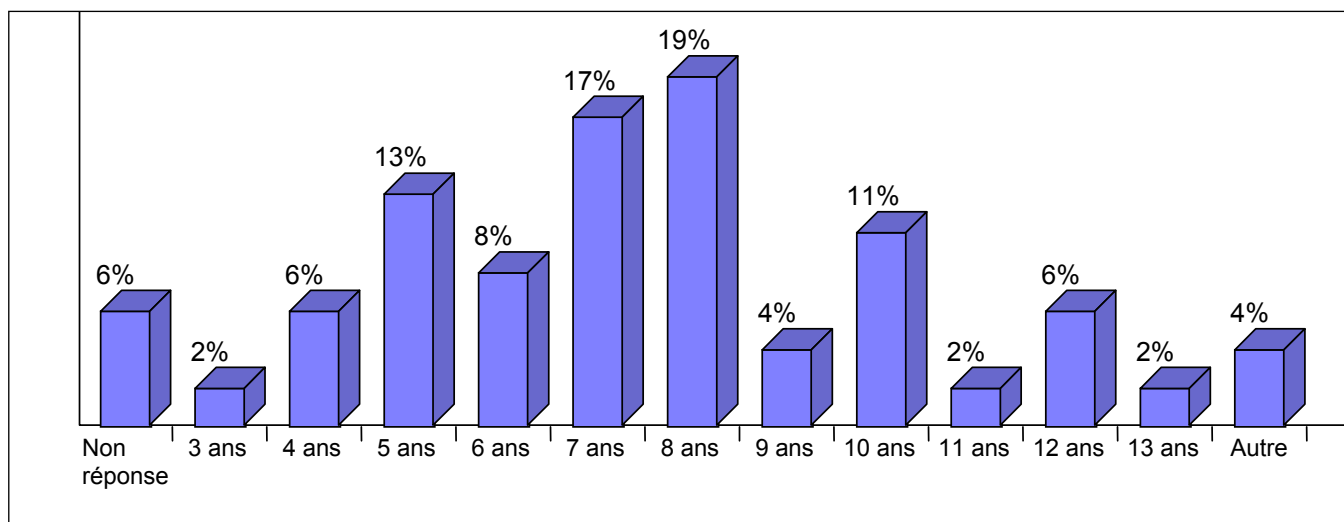


Nous constatons que 37 assistantes maternelles sur 79, soit 47%, situent l'apparition de la pudeur chez un enfant entre 5 et 8 ans.

17 d'entre elles, soit 22%, estiment qu'un enfant est pudique seulement après 10 ans !

Le maximum de réponses se situe pour l'âge de 10 ans, avec 12 assistantes maternelles sur 79, soit 16%.

Groupe 2



Pour ce groupe nous constatons que le maximum de réponses se situe pour l'âge de 8 ans, avec 9 assistantes maternelles sur 48, soit 19%.

17 d'entre elles, soit 35%, situent l'apparition de la pudeur entre 7 et 8 ans.

Et 27, soit 56%, la situent entre 5 et 8 ans.

10, soit 21%, estiment qu'un enfant est pudique seulement après 10 ans !

11 assistantes maternelles sur 127, soit 9%, n'ont pas répondu.

Pour les 2 groupes l'âge médian des réponses est d'environ 7 ans.

6 assistantes maternelles sur 127, soit 5%, ont répondu autre chose.

Pour 5 d'entre elles, la pudeur ne vient pas de l'enfant mais de l'éducation qu'il reçoit, il n'y a pas d'âge ! Ce sont les parents qui le rendent pudique !

La 6^{ème} assistante maternelle pense que la pudeur n'apparaît qu'à la puberté !

Dans la description du développement psychosexuel, D. Beaune et M-J. Mabire, citent les observations de Gesell faites en 1949. A **4 ans**, l'enfant veut que l'on respecte son

intimité. A 5 ans, il est plus pudique et à 7 ans, il n'aime pas qu'on le touche, il ne tient pas à exposer son corps et devient prude aux WC [2].

Pour M. Rufo, « les malentendus surviennent quand les parents, méconnaissent ce stade naturel de la pudeur. (...) La sexualité vécue librement, reste avant tout, et à tous les âges, à chaque étape du développement, une conquête et une histoire intimes. C'est par la pudeur – je ne dis pas pudibonderie –, pudeur des corps, pudeur des mots, pudeur des attitudes, que nous parviendrons à aider nos enfants dans ce qui est l'un des fondements de la vie humaine. » [84].

En 1905, S. Freud parlait de l'apparition de la pudeur pendant la phase de latence, comme de l'édification d'une force psychique qui se dressera plus tard comme un obstacle sur la voie de la pulsion sexuelle, et qui, telle une digue, resserrera son cours. Aux côtés de la pudeur, il décrit d'autres barrières psychiques que sont : le dégoût et les aspirations idéales esthétiques et morales [32].

- Pensez-vous qu'un enfant puisse être gêné par certains programmes télévisés ?

Groupe 1

Gêne devant la TV	Nombre	%
Oui	67	85%
Non	4	5%
Ne sait pas	7	9%
Non-réponse	1	1%
TOTAL	79	100%

Groupe 2

Gêne devant la TV	Nombre	%
Oui	42	88%
Non	1	2%
Ne sait pas	3	6%
Non-réponse	2	4%
TOTAL	48	100%

Il n'y a pas de différence majeure entre les groupes à cette question.

Il faut noter que 10 assistantes maternelles sur 127, soit 8%, ne savent pas si un enfant peut être gêné par certaines images télévisuelles. Cela nous paraît inquiétant.

- Pensez-vous qu'un enfant puisse être gêné de voir un adulte nu ?

Groupe 1

Gêne devant un adulte nu	Nombre	%
Oui	66	84%
Non	6	8%
Ne sait pas	5	6%
Non-réponse	2	2%
TOTAL	79	100%

Groupe 2

Gêne devant un adulte nu	Nombre	%
Oui	42	88%
Non	3	6%
Ne sait pas	2	4%
Non-réponse	1	2%
TOTAL	48	100%

Là aussi, il n'y a pas de différence majeure entre les deux groupes.

- Est-ce important pour vous de respecter l'intimité de l'enfant accueilli (change, toilette...)?

Groupe 1

Degré du respect de l'intimité	Nombre	%
Très important	61	78%
Moyennement important	8	10%
Inutile	2	2%
Pas d'avis	6	8%
Non-réponse	2	2%
TOTAL	79	100%

Groupe 2

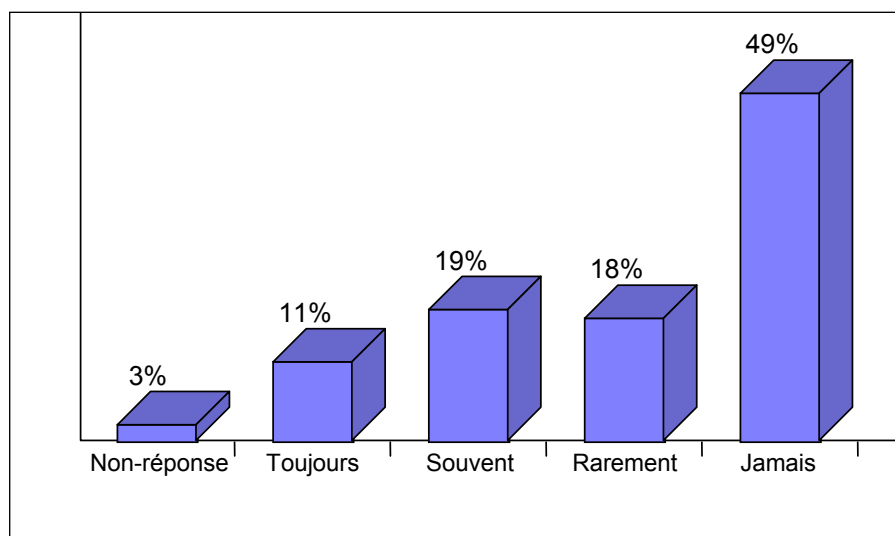
Degré du respect de l'intimité	Nombre	%
Très important	43	90%
Moyennement important	3	6%
Inutile	1	2%
Pas d'avis	1	2%
TOTAL	48	100%

Près de 8 assistantes maternelles sur 10 qui débutent, et même 9 sur 10 après avoir suivi la formation, trouvent très important de respecter l'intimité des enfants accueillis. Elles ont donc une bonne notion théorique de la question.

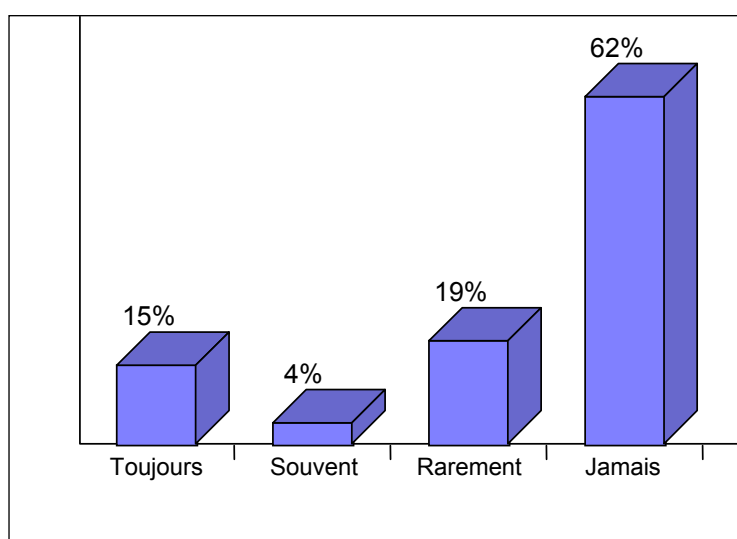
Ces résultats concordent avec ceux de la question 5.c, sur la participation des enfants de plus de 12 ans aux soins corporels des enfants.

- Vous arrive-t-il, à vous, votre conjoint ou vos enfants, de ne pas fermer la porte lorsque vous êtes aux toilettes ou sous la douche ?

Groupe 1



Groupe 2



Nous constatons que 69 assistantes maternelles sur 127, soit 54%, ne laissent jamais la porte ouverte lorsqu'elles sont aux toilettes ou sous la douche.

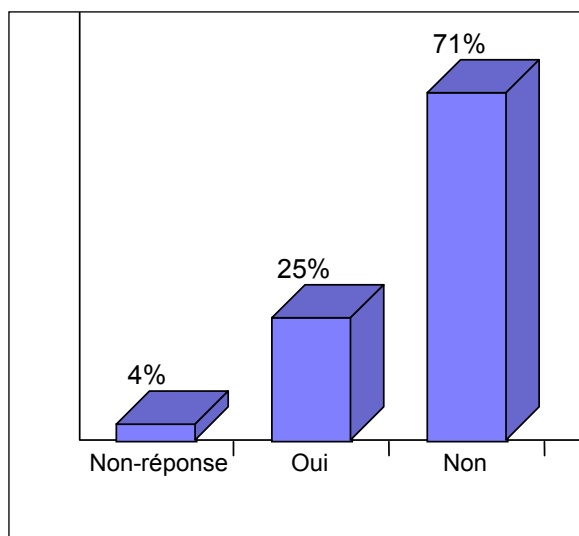
16 sur 127, soit 13%, la laissent toujours ouverte. Une partie de ces réponses est liée à la mauvaise compréhension de la question. Certaines assistantes maternelles ont répondu « toujours » en comprenant « porte toujours fermée », elles n'ont pas fait attention à la négation de la question.

Nous remarquons par ailleurs qu'un peu plus d'assistantes maternelles du groupe 2 ont répondu « jamais » (62% pour 49% du groupe 1).

e) **Les gestes de maternage** (questions 22 et 23)

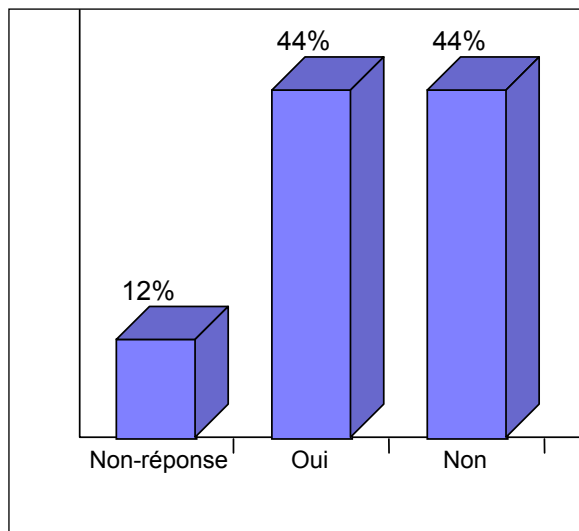
- Lorsque vous lavez, changez, portez, ... un enfant accueilli, faites-vous différemment d'avec votre propre enfant ? Et pourquoi ?

Groupe 1



Nous constatons qu'avant la formation, et avec peu d'expérience professionnelle, 56 assistantes maternelles sur 79, soit 71%, disent ne pas avoir de gestes de maternage différents envers leurs enfants, d'envers ceux accueillis.

Groupe 2



Après avoir suivi la formation, les réponses positives et négatives sont égales, avec pour chaque catégorie, 21 assistantes maternelles sur 48, soit 44%.

Nous pouvons en déduire que la formation a un impact sur la prise de conscience qu'on ne peut avoir les mêmes gestes de maternage avec son propre enfant ou avec celui d'une autre.

Néanmoins nous aurions pu attendre plus de réponses positives à cette question dans ce deuxième groupe.

A la question « Pourquoi ? », nous obtenons les mêmes réponses dans les deux groupes. Il faut noter d'ailleurs, que les mêmes items sont utilisés et pour justifier les « Oui » et pour justifier les « Non » !

Les différentes raisons invoquées sont :

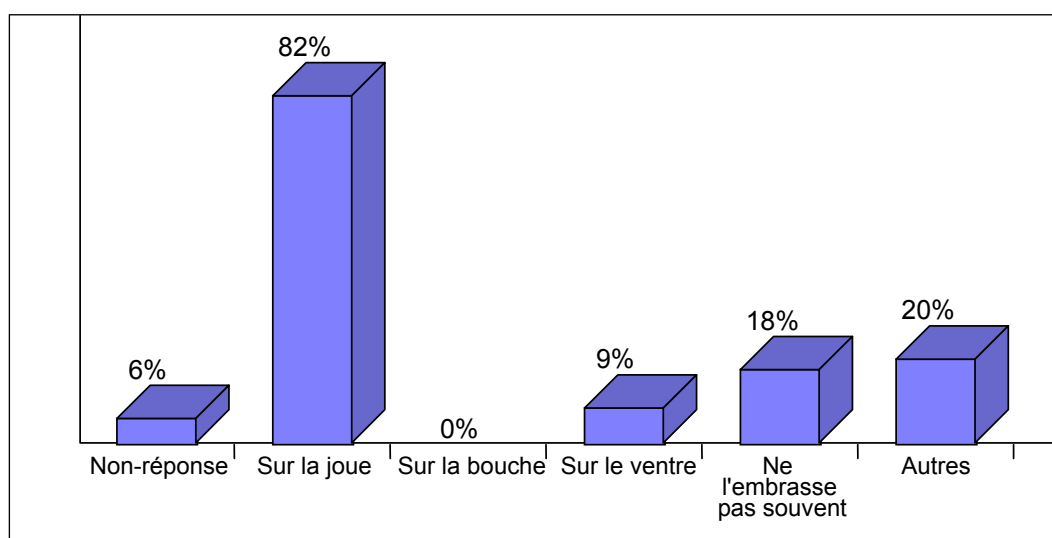
→ *Pour les oui :*

- Ce n'est pas mon enfant, je ne suis pas sa maman. Les relations sont différentes.
- L'amour parental est différent de l'amour de l'assistante maternelle pour l'enfant gardé. Ce n'est pas la même affection, il y a des limites.
- Par pudeur, ce n'est pas la même intimité, il y a plus de distance.
- Par peur que les gestes soient mal interprétés par l'enfant.
- « Je prends plus de précaution et reste vigilante ».
- On ne fait pas les mêmes gestes, pas les mêmes caresses, les mêmes bisous. On ne fait pas de chatouille, on ne l'embrasse pas, on ne donne pas le bain. Si on doit faire la toilette, c'est un travail, il n'y a pas de complicité. Les gestes sont moins affectifs.
- Il y a des gestes qui gênent (essuyer les fesses...).

→ Pour les non :

- Il n'y a pas de différence, c'est la même chose.
 - Les gestes sont les mêmes, on change ou on lave un enfant de la même façon, on est consciencieuse.
 - « Les changes sont un moment de chatouilles et également un moment pour leur faire découvrir les différentes parties du corps ».
 - Le respect est le même, respect de l'intimité, de l'hygiène.
 - Un enfant est un enfant, il a besoin de tendresse, de sécurité, de la même attention.
 - « Je considère l'enfant accueilli comme étant membre de la famille, donc il a les mêmes droits ».
- Embrassez-vous un enfant accueilli plusieurs fois par jour ? (plusieurs réponses possibles)

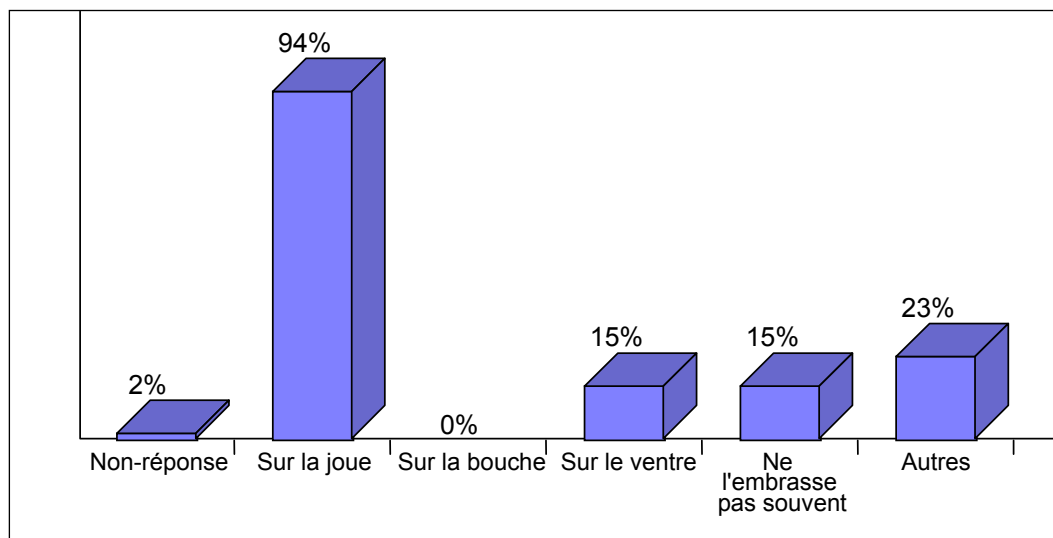
Groupe 1



Nous constatons que 65 assistantes maternelles sur 79, soit 82%, embrassent, plusieurs fois par jour, sur la joue, l'enfant accueilli.

7 d'entre elles, soit 9%, l'embrassent sur le ventre. Et 14, soit 18%, ne l'embrassent pas souvent.

Groupe 2



Nous remarquons que 45 assistantes maternelles sur 48, soit 94%, embrassent, plusieurs fois par jour, sur la joue, l'enfant accueilli.

7 d'entre elles, soit 15%, l'embrassent sur le ventre. Et 7, soit 15%, ne l'embrassent pas souvent.

Les résultats sont sensiblement identiques entre les deux groupes.

Il faut noter toute fois que 14 assistantes maternelles sur 127, soit 11%, embrassent, plusieurs fois par jour, l'enfant gardé, sur le ventre. Ceci est inquiétant. En effet, une assistante maternelle a-t-elle le droit d'embrasser un enfant sur le ventre ? N'est-ce pas un geste intime réservé aux parents ?

► Si « autres », où embrassez-vous l'enfant ?

Groupe 1

<i>Lieux</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Sur le front	9	38%
Dans le cou	2	8%
Sur la tête	3	12,5%
Sur les mains	6	25%
Sur les pieds	3	12,5%
« Je fais plein de câlins car ils en ont besoin pour se sentir en sécurité »	1	4%
TOTAL	24	100%

Groupe 2

<i>Lieux</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Sur le front	3	19%
Sur la tête	4	25%
Sur les mains	6	37,5%
Sur les pieds	1	6%
« Sur un endroit où il s'est fait mal (bosses) »	2	12,5%
TOTAL	16	100%

► Si vous n'embrassez pas souvent l'enfant, pourquoi ?

Les raisons citées sont les mêmes pour les deux groupes :

- 6 assistantes maternelles (sur les 21 qui n'embrassent pas souvent), ne le font que à l'arrivée, au coucher (sieste) et au départ de l'enfant. C'est une forme de politesse.
- 8 l'embrassent peu, car elles ne sont pas la maman, ni un proche de la famille. Elles ne veulent pas prendre la place des parents.

- 3 disent que c'est parce que ce ne sont pas leurs enfants, elles en ont moins envie.
- 1 dit que c'est pour éviter que l'enfant ne s'habitue à être embrassé par n'importe qui.
- 1 autre, car elle ne veut pas que ces gestes d'affection soient mal interprétés.
- 1 trouve que ça dépend de l'âge de l'enfant, elle embrasse plus facilement un bébé qu'un petit enfant.

110 assistantes maternelles sur 127, soit 87%, embrassent l'enfant sur la joue. Ceci nous semble faire partie des rites d'accueil.

Hormis celles qui embrassent sur la joue (pour dire « bonjour » et « au revoir »), il y a finalement peu d'assistantes maternelles qui embrassent les enfants. Cela tend à prouver qu'une forte majorité d'assistantes maternelles savent maintenir une certaine distance avec les enfants accueillis.

Nous remarquons, et ça nous rassure, qu'aucune n'embrasse l'enfant accueilli sur la bouche !

f) Les abus sexuels entre mineurs (questions 24 à 29)

- Pensez-vous que des abus sexuels commis par des enfants mineurs (préadolescents, adolescents) existent ?

Groupe 1

<i>Abus sexuels par mineurs</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Oui	61	77%
Non	1	1%
Ne sait pas	16	21%
Non-réponse	1	1%
TOTAL	79	100%

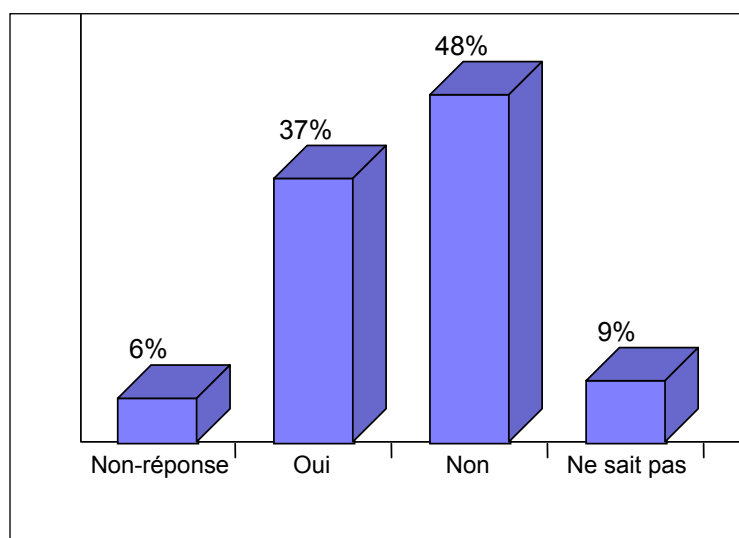
Groupe 2

Abus sexuels par mineurs	Nombre	%
Oui	40	83%
Non	1	2%
Ne sait pas	6	13%
Non-réponse	1	2%
TOTAL	48	100%

Environ 4 assistantes sur 5, dans les 2 groupes, pensent qu'il existe des abus sexuels commis par des mineurs.

- Est-ce pour vous imaginable ?

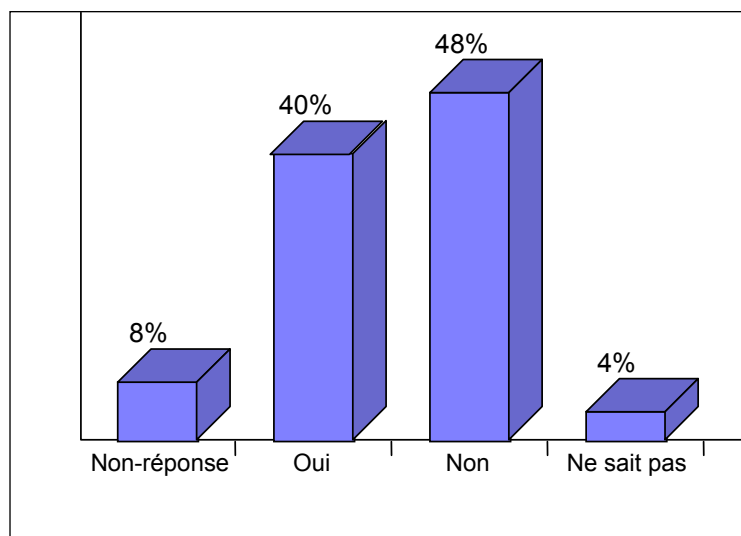
Groupe 1



Pour 38 assistantes maternelles sur 79, soit 48%, les abus sexuels commis par des enfants mineurs ne sont pas imaginables.

29 d'entre elles, soit 37%, imaginent possibles des abus sexuels entre mineurs.

Groupe 2



Pour 23 assistantes maternelles sur 48, soit 48%, les abus sexuels commis par des enfants mineurs ne sont pas imaginables.

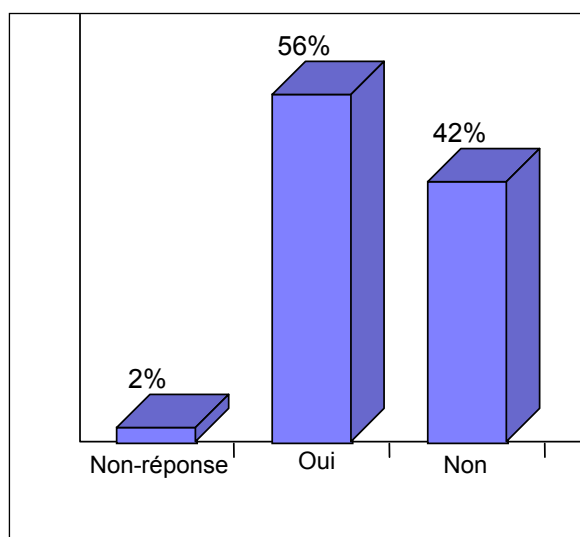
19 d'entre elles, soit 40%, imaginent possibles des abus sexuels entre mineurs.

Nous constatons donc que près de la moitié des assistantes maternelles des deux groupes, ne pensent pas imaginables des abus sexuels commis par un enfant mineur. De ce fait, elles ne peuvent pas imaginer que cela puisse arriver dans leur famille. Nous pouvons nous demander si elles peuvent alors être vigilantes et avoir une attitude préventive. Le risque qu'un adolescent passe à l'acte n'est-il pas plus important dans ces cas là ?

Nombreuses sont les assistantes maternelles, ayant répondu « oui », qui ont rajouté en commentaire : « mais abominable ! ». Pour celles qui ont répondu « non » c'est sans doute que c'est « inimaginable » au sens d'abominable !

- Avez-vous déjà entendu parler de cas de suspicion d'abus sexuel commis par des enfants mineurs ?

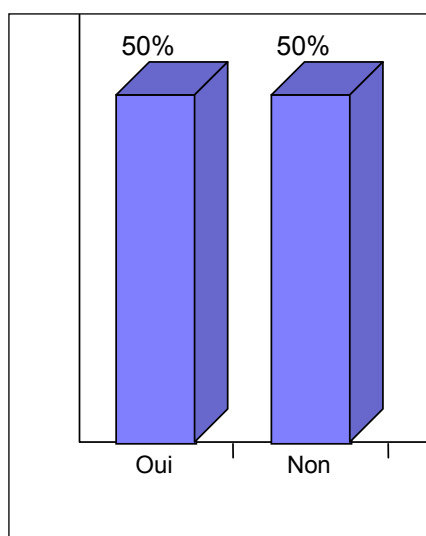
Groupe 1



44 assistantes maternelles sur 79, soit 56%, ont entendu parler de suspicion d'abus sexuel commis par des mineurs. Beaucoup ajoutent qu'elles en ont entendu parler par la presse (TV, radio, journaux).

33 d'entre elles, soit 42%, n'en ont jamais entendu parler.

Groupe 2



24 assistantes maternelles sur 48, soit 50%, ont entendu parler de suspicion d'abus sexuel commis par des mineurs. Et les 24 autres n'en ont jamais entendu parler.

Il est étonnant qu'après une expérience professionnelle et le suivi de la formation, encore la moitié des assistantes maternelles du groupe 2 disent n'avoir jamais entendu parler de suspicion d'abus sexuel commis par des mineurs.

- Connaissez-vous des cas dans votre entourage ?

Groupe 1

Cas dans l'entourage	Nombre	%
Oui	2	2%
Non	74	94%
Non-réponse	3	4%
TOTAL	79	100%

Groupe 2

Cas dans l'entourage	Nombre	%
Oui	2	4%
Non	45	94%
Non-réponse	1	2%
TOTAL	48	100%

Nous constatons que les résultats entre les deux groupes sont quasi superposables. Il y a donc 4 assistantes maternelles sur 127, soit 3%, qui connaissent des cas d'abus sexuels, commis par des enfants mineurs, dans leur entourage.

- Avez-vous déjà entendu parler de cas de suspicion d'abus sexuel commis par des enfants mineurs d'assistante maternelle ?

Groupe 1

<i>Abus sexuels par enfants mineurs d'assistante maternelle</i>	Nombre	%
Oui	5	6%
Non	71	90%
Non-réponse	3	4%
TOTAL	79	100%

Groupe 2

<i>Abus sexuels par enfants mineurs d'assistante maternelle</i>	Nombre	%
Oui	9	19%
Non	39	81%
TOTAL	79	100%

Nous remarquons donc que 14 assistantes maternelles sur 127, soit 11%, ont déjà entendu parler de cas de suspicion d'abus sexuel commis par un enfant mineur d'assistante maternelle. Ce chiffre nous semble élevé.

Cependant, le groupe 2 comprend 5 sous groupes d'assistantes maternelles ayant participé à la formation. Toutes les assistantes maternelles de chaque sous groupe habitent dans la même commune, ou dans une commune voisine. Elles sont donc susceptibles, par la formation et par leur lieu de résidence, d'avoir entendu parler des mêmes cas.

- De votre point de vue, qu'est-ce qui peut amener un jeune à avoir des attitudes sexuées interdites envers un enfant plus petit ? (plusieurs réponses possibles)

Nous présenterons les réponses classées par ordre d'importance décroissante.

Groupe 1

<i>FDR d'être un abuseur sexuel</i>	Nombre	%
Avoir été lui-même abusé sexuellement	64	81%
Avoir visionné des cassettes pornographiques	43	54%
Avoir été témoin de scènes à caractère sexuel (agression sexuelle, adultes en plein acte sexuel, ...)	36	46%
Avoir été négligé sur le plan physique ou affectif	34	43%
L'absence d'éducation sexuelle	27	34%
La curiosité	25	32%
Un sentiment de puissance	25	32%
Avoir lu des magazines pornographiques	23	29%
Une éducation sexuelle trop précoce	14	18%
Une vie sociale insuffisante (interdiction de sortie, de rencontre avec des amis, ...)	12	15%
Le défi	11	14%
Le plaisir	11	14%
L'amitié	2	3%
Autres	7	9%
Non-réponse	8	10%
TOTAL	79	

Groupe 2

<i>FDR d'être un abuseur sexuel</i>	<i>Nombre</i>	<i>%</i>
Avoir été lui-même abusé sexuellement	37	77%
Avoir visionné des cassettes pornographiques	24	50%
Avoir été négligé sur le plan physique ou affectif	21	44%
Avoir été témoin de scènes à caractère sexuel (agression sexuelle, adultes en plein acte sexuel, ...)	20	42%
L'absence d'éducation sexuelle	19	40%
Un sentiment de puissance	19	40%
Avoir lu des magazines pornographiques	16	33%
La curiosité	11	23%
Le défi	7	15%
Le plaisir	7	15%
Une éducation sexuelle trop précoce	6	13%
Une vie sociale insuffisante (interdiction de sortie, de rencontre avec des amis, ...)	5	10%
L'amitié	1	2%
Autres	4	8%
Non-réponse	3	6%
TOTAL	48	

Nous pouvons nous étonner ici de ne pas avoir 100% à l'item : « Avoir été lui-même abusé sexuellement ». En effet cela nous semble être le premier facteur de risque (FDR) pour un enfant de devenir lui-même abuseur. Même si, bien heureusement, tous les enfants abusés ne deviennent pas des abuseurs. En effet, 90 à 95% des enfants maltraités et/ou abusés sexuellement ne répèteront jamais l'acte subi. Seul **5 à 10%** de ces enfants abusés ou maltraités répèteront ces actes [28].

Certains facteurs de risque, comme une vie sociale insuffisante et une éducation sexuelle trop précoce, sont peu cités par les assistantes maternelles.

Il est intéressant de noter aussi que certains items décrit par J-Y Hayez comme étant les déterminants d'une vie sexuelle saine chez l'enfant mineur [47] [48] [71], sont cités par les assistantes maternelles avant certains facteurs de risque reconnus [75].

En effet J-Y Hayez a essayé de repérer les différents dynamismes, les différentes forces qui pouvaient aboutir à la mise en acte par l'enfant de sa sexualité quand celle-ci est saine. Il cite :

- La curiosité
- Le désir et le processus d'identification aux grands et aux adultes
- Le défi face aux règles
- L'affirmation d'une puissance ressentie en soi
- L'angoisse et la culpabilité
- La camaraderie ou l'amitié
- Le plaisir, l'érotisme.

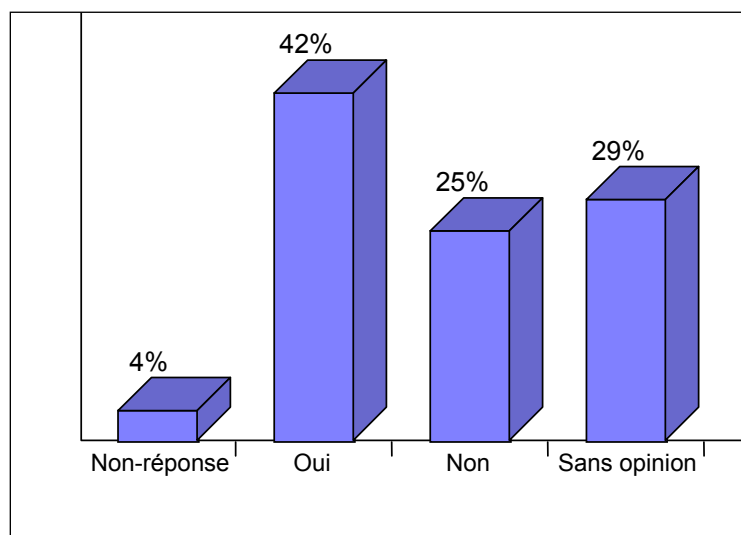
Les 11 assistantes maternelles sur 127, soit 9%, qui ont répondu « Autres », ont cité :

- La perversité (1)
- La jalousie (1)
- L'envie, le besoin (1)
- Des problèmes psychologiques (2)
- Avoir trop entendu parler de pédophilie (« aux informations ou par ce genre de sondage » !) (1)
- L'ignorance (« sujet tabou au sein de la famille, donc qui n'est jamais abordé ») (1)
- Une famille unisexe (« où les enfants n'ont jamais vu que leurs parents étaient différents. C'est peut-être plus favorable aux problèmes sexuels. ») (1)
- Un manque de discussion avec les parents sur les problèmes de la sexualité (manque de communication avec ses parents) (3).

g) La formation (question 30)

- Souhaiteriez-vous une formation spécifique sur le développement de la sexualité de l'enfant et de l'adolescent ?

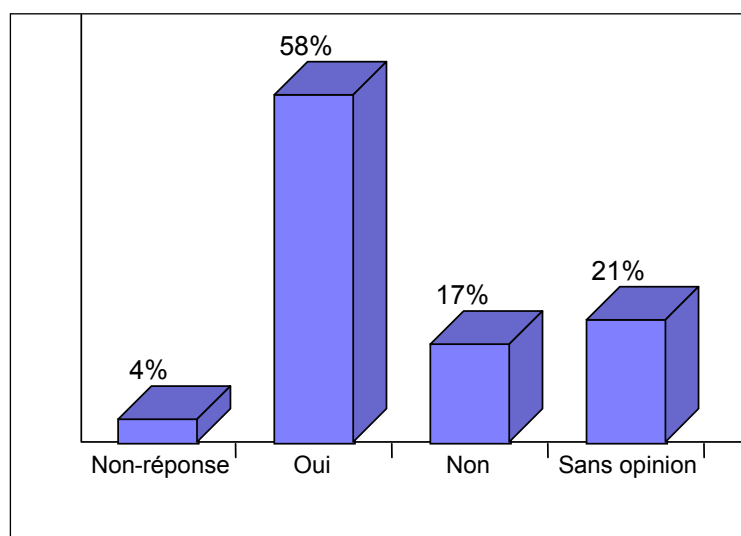
Groupe 1



Nous constatons que 33 assistantes maternelles sur 79, soit 42%, souhaitent une formation sur le développement de la sexualité chez l'enfant.

20 autres, soit 25%, ne veulent pas de formation. Et 23, soit 29%, sont sans opinion. 3, soit 4%, n'ont pas répondu.

Groupe 2



Nous constatons que 28 assistantes maternelles sur 48, soit 58%, souhaitent une formation sur le développement de la sexualité chez l'enfant.

8 autres, soit 17%, ne veulent pas de formation. Et 10, soit 21%, sont sans opinion. 2, soit 4%, n'ont pas répondu.

Ce thème de formation ne fait pas encore partie de la formation obligatoire des assistantes maternelles. 58% de celles du groupe 2 sont intéressées par ce sujet et souhaitent une formation, contre 42% d'assistantes maternelles du groupe 1.

Nous pouvons donc en déduire, que plus une assistante maternelle est formée, plus elle a envie de l'être.

Comment interpréter la réponse « sans opinion » de 33 assistantes maternelles sur 127, soit 26% ? Viendraient-elles à la formation sur ce sujet ?

h) Leurs attitudes professionnelles (questions 31 et 32)

- Après lecture de ce questionnaire, pensez-vous être déjà vigilante vis-à-vis de ce problème dans votre vie professionnelle ?

Groupe 1

Vigilante	Nombre	%
Oui	61	77%
Non	3	4%
Ne sait pas	12	15%
Non-réponse	3	4%
TOTAL	79	100%

Si nous additionnons les réponses « non » et celles « ne sait pas », nous obtenons 15 assistantes maternelles sur 79, soit 19%, qui s'estiment peu ou pas vigilantes à cette question des abus sexuels dans leur profession. Ce chiffre important mérite réflexion et nous prouve l'intérêt de la formation.

Groupe 2

Vigilante	Nombre	%
Oui	43	90%
Non	0	0%
Ne sait pas	2	4%
Non-réponse	3	6%
TOTAL	48	100%

Dans ce groupe chaque assistante maternelle s'estime être vigilante.

Seulement 2 ne savent pas.

Les assistantes du 2^{ème} groupe semblent plus vigilantes que celles du 1^{er} (90% contre 77%). Il est probable que cette différence résulte de la formation suivie et de l'expérience acquise par le groupe 2.

- Quelles mesures pensez-vous pouvoir mettre en place pour augmenter votre vigilance ?

A cette question, 36 assistantes maternelles du groupe 1, soit 46%, et 16 du groupe 2, soit 33%, n'ont pas répondu.

Les réponses faites sont similaires entre les deux groupes.

Les thèmes qui reviennent le plus sont :

- « Il faut parler avec ses enfants de l'intimité, de la sexualité, des abus sexuels ».
Une assistante maternelle dit qu'il faut qu'elle « relance à nouveau son mari pour qu'il en parle avec ses enfants » !
- « Il faut être à l'écoute des enfants accueillis et leur accorder beaucoup d'attention ».
- « Il faut être plus attentive, vigilante et surveiller ses enfants et les enfants gardés ».

- « Il faut respecter l'intimité des enfants accueillis (pour les changes, les WC, la toilette) ».
- « Les enfants gardés doivent avoir des pièces à eux. Ils ne doivent pas dormir dans les chambres des enfants de l'assistante maternelle ».
- « Il ne faut jamais laisser seuls les enfants confiés, il faut toujours être présente ».
- « C'est à l'assistante maternelle de s'occuper des enfants, et non à son mari ou ses enfants. C'est à elle qu'ils sont confiés ».

13 assistantes maternelles, soit 16%, du groupe 1 et 8 du groupe 2, soit 17%, pensent être déjà suffisamment vigilantes, et n'avoir aucune mesure à mettre en place.

i) Leurs commentaires (question 33)

- Suggestions ou commentaires libres

A cette dernière question facultative, 60 assistantes maternelles du groupe 1, soit 76%, et 28 du groupe 2, soit 58%, n'ont fait aucun commentaire.

Dans l'ensemble, parmi les assistantes maternelles qui ont répondu, ce questionnaire a été bien accueilli.

4 d'entre elles se sont dit très **surprises** en le recevant, et ignoraient que des suspicions d'abus sexuels pouvaient arriver chez une assistante maternelle. Elles sont toutes intéressées par une formation.

4 autres rappellent les obligations des assistantes maternelles, et notent qu'il y a aussi des personnes irresponsables dans cette profession.

L'une d'entre elles trouve que « beaucoup trop d'assistantes maternelles mettent leurs propres enfants à contribution pour s'occuper des enfants accueillis (en général des filles qui veulent jouer à la petite maman), ce n'est pas leur rôle ! ».

5 assistantes maternelles pensent qu'il « faut arrêter de voir le mal partout ». Les abus sexuels étant une minorité, elles trouvent qu'il « faut les prendre au sérieux quand ils arrivent, mais il ne faut pas en faire une psychose ». Sinon elles ne peuvent plus travailler.

Une dit qu'il ne faut pas devenir « paranoïaque ». Elle ajoute : « Si toutes paroles ou tous gestes deviennent suspects, alors il vaut mieux qu'une assistante maternelle n'ait pas d'enfant à elle, et qu'un seul enfant en garde ! ».

« Ne voyons pas toujours un acte sexuel dans nos gestes, mais plutôt des actes de soins et d'amour ».

Pour une autre, il lui « paraît inconcevable de parler d'abus sexuel entre mineurs, surtout pour des nourrissons de 3 mois à 3 ans en moyenne. Le danger, s'il existe, serait plutôt pour les 6-15 ans, donc notre profession n'est pas concernée. » !

Une dernière trouve que « l'excès de tapage médiatique sur le sujet pourrait : donner des idées à des jeunes qui n'en avaient pas, provoquer des déviances sexuelles, et inciter certains ou certaines adolescentes mal dans leur peau à fabuler et s'auto persuader qu'ils ont été victimes.» ! « En tout cas, tout ce qui est écrit dans les journaux ou passe aux informations nationales, ne se préoccupe pas beaucoup de la pudeur des enfants !»

9 assistantes maternelles nous ont **remerciées** pour ce questionnaire, qui leur a permis, soit d'être informées du problème des abus sexuels, soit de le leur rappeler. Il leur a ainsi permis de réfléchir, de se remettre en question et ainsi de les rendre plus vigilantes.

Ce questionnaire a donc été, pour certaines assistantes maternelles, un outil de prévention primaire.

Nous vous présentons maintenant quelques réflexions faites, par des assistantes maternelles, qui nous semblent bien illustrer nos propos :

- « Votre thème “les abus sexuels entre mineurs” est un sujet qui m'a beaucoup gênée. Je n'y avais jamais pensé avant. Merci à vous, vous m'avez ouvert les yeux et vous me permettez d'être, ainsi, beaucoup plus vigilante. »
- « Merci de vouloir faire avancer les choses... »

- « Toutes ces questions nous remettent en cause et éveillent notre vigilance. Ce thème n'est pas ou peu abordé lors de la formation, ou plutôt il est plus axé sur nos maris ou compagnons. Je pense que le temps de formation est très limité et qu'il serait préférable de voir celle-ci nous être proposée plus fréquemment, car assistantes maternelles et parents doivent agir au mieux pour l'enfant. »

- « Certaines assistantes maternelles ont trop d'enfants (bien que le maximum soit de 4) et sont donc bien obligées de laisser les plus jeunes sous la surveillance d'une tierce personne (mari, enfants, ...) lorsqu'elles doivent sortir chercher les plus grands. Des contrôles inopinés pourraient peut-être éviter ces dérives !

Il s'agit là d'un sujet important à aborder lors des procédures d'agrément. Quitte à choquer certaines personnes qui pensent que ça n'arrive que chez les autres.

Il faut éviter l'enfermement, soulever le problème dès que les parents sont à la recherche d'une assistante maternelle, afin qu'ils soient, eux aussi, très vigilants.

Il faut sensibiliser les assistantes maternelles au fait, qu'il n'est pas normal, qu'un de leurs enfants s'approprie un des enfants accueillis, sous prétexte qu'il aime être en sa compagnie. Il n'y a pas que les garçons qui sont auteurs de ces actes, les filles aussi en sont capables !

Dans un premier temps, j'ai été dérangée par ce questionnaire mais il me paraît très utile et je l'ai complété avec sincérité. J'espère que ma maigre contribution vous sera utile. »

Cette assistante maternelle fait partie de celles qui connaissent un cas d'abus sexuel dans leur entourage. Elle a, par ailleurs, déjà entendu parler d'un cas de suspicion d'abus sexuel commis par un enfant mineur d'assistante maternelle.

V. DISCUSSION

Après le dépouillement de cette enquête, nous avons été frappées par certaines réponses des assistantes maternelles. Lors de l'élaboration du questionnaire, nous nous attendions, et nous espérons, des différences plus marquées entre les deux groupes.

Le but de ce travail est, comme nous l'avons dit plus haut, d'évaluer les connaissances des assistantes maternelles sur le développement psychosexuel de l'enfant, et de connaître leurs habitudes professionnelles et familiales par rapport à différents thèmes. Après cet état des lieux, l'objectif second de ce travail est de mettre en place une action de prévention des abus sexuels entre mineurs, auprès des assistantes maternelles.

Pour ce faire, dans cette discussion, nous commencerons par présenter les limites de notre travail, puis nous récapitulerons, par rapport à la prévention des abus sexuels entre mineurs, les facteurs de risque et les facteurs de protection de ces deux groupes d'assistantes maternelles, avant d'en faire la synthèse.

Les différences dans les réponses au questionnaire des deux groupes d'assistantes maternelles étant pratiquement inexistantes, nous analyserons ces réponses de façon globale.

A. LES LIMITES DE NOTRE ENQUETE

Ce travail n'a pas la prétention d'être une enquête statistique scientifique. Pour pouvoir faire de vraies comparaisons et en tirer des conclusions irréfutables, il aurait fallu que nous ayons deux populations d'assistantes maternelles égales en nombre et que celui-ci soit plus élevé. Le groupe 1 comprend 79 assistantes maternelles, tandis que le groupe 2 n'en compte que 48.

Pour pouvoir comparer le taux de réponses des assistantes maternelles par rapport au nombre de questionnaires envoyés, il aurait fallu, également, que les façons de collecter ces questionnaires soient identiques. Ce qui était impossible dans notre cas, compte tenu du recrutement des assistantes maternelles pour ces deux groupes.

B. LES FACTEURS DE RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION

Nous avons donc analysé 127 questionnaires. 79 correspondent aux réponses des assistantes maternelles nouvellement agréées du groupe 1, qui allaient participer à la demi-journée de formation initiale. Les 48 autres sont les réponses des assistantes maternelles du groupe 2 qui ont une expérience professionnelle et ont suivi la formation obligatoire en 2002-2003.

1. Le niveau d'études

C'est la seule différence significative que nous relevons entre les deux groupes d'assistantes maternelles. Dans le groupe 1, 46% des assistantes maternelles ont un niveau d'études égal ou supérieur au BAC, contre 17% dans le groupe 2.

Un peu plus d'un tiers de l'ensemble des assistantes maternelles a un niveau d'études égal ou supérieur au BAC. Nous considérons ceci comme un facteur de protection (FDP).

6 assistantes maternelles sur 10 ont un niveau d'études inférieur au BAC. Nous l'interprétons comme un facteur de risque (FDR).

2. La place des enfants de plus de 12 ans auprès des enfants accueillis

a) Pour les jeux

Que les assistantes maternelles soient nouvellement agréées ou qu'elles soient plus anciennes dans la profession et formées, nous constatons que plus de 6 assistantes maternelles interrogées sur 10 laissent leurs enfants de plus de 12 ans jouer avec les petits enfants accueillis.

10% d'entre elles les laissent même jouer dans leur chambre sans aucune surveillance de leur part et de façon tout à fait régulière. Ce qui est bien évidemment anormal !

b) Pour les repas

Nous observons que pour 6 assistantes maternelles sur 10, les enfants de plus de 12 ans participent, quand ils sont là, aux repas des enfants gardés.

c) Pour les changes et la toilette

Nous remarquons que 9 assistantes maternelles laissent leurs jeunes de plus de 12 ans (d'autant plus quand il s'agit de filles) participer, et probablement activement, aux changes et/ou à la toilette des petits enfants confiés.

d) Pour la prise sur les genoux

6 assistantes maternelles interrogées sur 10 permettent à leurs préadolescents ou adolescents de prendre les enfants accueillis sur leurs genoux. Est-ce pour jouer, pour regarder la télévision, pour manger ?

e) Analyse

Globalement, la place occupée par les jeunes de plus de 12 ans (des assistantes maternelles) auprès des petits enfants accueillis est un facteur de risque (FDR).

Il est manifeste que pour la plupart des assistantes maternelles, les enfants accueillis sont considérés comme les petits frères et sœurs de leurs propres enfants, auxquels elles demandent de participer activement à l'accueil. Trois assistantes maternelles du groupe 1 l'ont même clairement formulé dans leurs réponses, elles ont dit : « Je considère l'enfant accueilli comme étant membre de la famille, il a donc les mêmes

droits » ; « Les enfants accueillis sont au même niveau que mes enfants » ; « Je ne fais aucune différence entre ma fille et ce petit garçon que je garde » !

Il n'apparaît pas de différence très significative entre les deux groupes d'assistantes maternelles. Ce point devra donc être repris par l'équipe de formateurs.

3. Les connaissances sur le développement psychosexuel de l'enfant

a) L'âge à partir duquel un enfant est conscient de son sexe

Plus de la moitié des assistantes maternelles interrogées a une bonne connaissance de l'âge où un enfant est conscient de son sexe, puisqu'elles le situent entre 2 et 3 ans ½.

b) Les jeux sexuels

8 assistantes maternelles interrogées sur 10 savent que les jeux sexuels entre enfants existent. Et 65% en ont une bonne connaissance et les situent entre 3 et 6 ans.

D'une façon générale, les assistantes maternelles ne savent pas quelle est la limite d'âge acceptable entre deux enfants qui ont des jeux sexuels. 21% d'entre elles ne tolèrent que 2 à 3 ans de différence, alors que 10% acceptent un écart de 10 à 12 ans.

c) La masturbation

Pour 65% des assistantes maternelles interrogées, la masturbation d'un enfant est normale et 8 assistantes maternelles sur 10 s'inquiètent devant une masturbation itérative, compulsive et publique.

Malgré la formation, près de 3 assistantes maternelles sur 10 pensent que la masturbation n'est pas normale.

d) Analyse

Dans l'ensemble, les assistantes maternelles ont de bonnes connaissances du développement psychosexuel de l'enfant. Ceci représente dans le cadre de notre travail un facteur de protection (FDP).

Nous pouvons dire qu'en tant que mère, les assistantes maternelles seraient choquées de voir des jeux à caractère sexuel persister entre enfants de plus de 3 ans d'écart. Cela correspond à la différence d'âge existant entre les enfants en école maternelle.

L'équipe de formateur pourrait travailler la question de la masturbation, car après la formation, il reste 3 assistantes maternelles sur 10 qui pensent que la masturbation n'est pas normale.

4. L'abord de la sexualité en famille

a) Pour les assistantes maternelles

7 assistantes maternelles interrogées sur 10 ont déjà abordé la question de la sexualité avec leurs enfants et en parlent en famille. Celles qui n'en parlent pas sont celles qui ont des enfants en bas âge.

Les assistantes maternelles parlent rarement de la sexualité avec leurs enfants, mais quand elles le font, c'est suite à une question de leur enfant et non spontanément. Par contre, celles qui en parlent, le font en majorité au moment de la puberté et de l'adolescence, mais peu pendant la petite enfance.

Pour près de 6 assistantes maternelles interrogées sur 10, la sexualité n'est pas une chose difficile à évoquer avec leurs enfants.

b) Pour leurs conjoints

Globalement, leurs conjoints parlent beaucoup moins de la sexualité avec leurs enfants, puisque seulement un peu plus de 4 sur 10 le font.

c) Les livres pour enfants sur la sexualité

Près de 8 assistantes maternelles interrogées sur 10 ne connaissent pas de livre sur la sexualité pouvant les aider à en parler avec leurs enfants.

d) Pour obtenir des renseignements

Les deux tiers des assistantes maternelles interrogées se tournent d'abord vers leur médecin traitant pour avoir des renseignements sur la sexualité. En deuxième position arrive leur conjoint.

e) Analyse

Le fait de parler de la sexualité avec ses enfants est un facteur de protection des abus sexuels entre mineurs.

Pour aider les assistantes maternelles à parler de sexualité avec leurs enfants, l'équipe de formateur pourrait leur apporter des titres de livres abordant ce sujet.

Nous voyons bien ici la place importante du médecin traitant pour toutes ces questions sur la sexualité. Questions pour lesquelles il est peu formé !

En accord avec les auteurs du guide « Le praticien face aux violences sexuelles » [90], nous pensons que si le médecin traitant a incontestablement un rôle à jouer dans la reconnaissance des agressions sexuelles dont sont victimes les enfants, il a aussi une place tout aussi importante mais méconnue dans la prévention de cette pathologie du lien à connotation sexuelle : le rappel de certaines évidences ignorées ou oubliées par

les parents et par la reconnaissance de ce que les psychiatres et psychologues appellent les climats incestueux.

Les auteurs mettent sous ce terme les intrusions au niveau physique : inspection des orifices génitaux et anaux sous des prétextes hygiéniques à un âge où l'enfant devrait être autonome, les intrusions au niveau de l'intimité par le regard, le toucher, le contrôle systématique du courrier et de la vie affective chez les adolescents, l'exhibitionnisme des parents imposant la vue de leurs organes génitaux et de leurs rapports sexuels. Dans ce cadre entrent aussi les confidences sur leur vie amoureuse dans tous ses détails que certains parents font partager à leurs enfants et adolescents, le fait de regarder en famille ou de laisser accessible des cassettes et des journaux pornographiques.

Ces climats incestueux peuvent être une étape préliminaire à un passage à l'acte incestueux mais de toute façon « ils perturbent gravement l'évolution affective et sexuelle de l'enfant, induisant la culpabilité, une confusion au niveau des repères moraux. Ils provoquent des conduites inadaptées de séduction exposant au danger d'agressions sexuelles et à l'inhibition de la vie sexuelle ».

C'est la raison pour laquelle le médecin de famille a un rôle préventif important par la place privilégiée qui est la sienne, à partir soit de ce qu'il observe à domicile ou en consultation, soit des confidences ou des demandes de conseils qu'il reçoit de la part des parents. Le médecin peut très bien, lors des consultations de routine, rappeler ce dont un enfant a besoin pour se construire au niveau psychique et affectif et guider les parents dans l'apprentissage de ce métier « impossible ».

Les auteurs précisent aussi que le médecin de famille peut ainsi rappeler :

- Que l'éducation d'un enfant doit lui apprendre progressivement à devenir autonome et responsable aussi bien dans la gestion de ses soins corporels que de sa vie affective. Elle doit respecter son intimité et lui reconnaître le droit d'avoir un jardin secret.
- Qu'il est nécessaire de respecter la pudeur de l'enfant qui peut, à un moment donné de son évolution et à un âge éminemment variable, ne plus vouloir exposer sa nudité et être gêné par celle des adultes.

- Que la curiosité sexuelle normale des enfants ne justifie pas une promiscuité ambiguë. Ainsi si la tendresse et les câlins sont nécessaires à l'enfant pour grandir affectivement, il n'a pas à prendre régulièrement la place de l'un ou l'autre de ses parents dans le lit conjugal, ni à prendre le bain ou la douche avec eux au-delà de l'âge du nourrisson.

« Beaucoup de climats incestueux se retrouvent chez des parents carencés, en grande souffrance psychique, qui méconnaissent les besoins, la fragilité de leurs enfants ou adolescents et qui sont souvent demandeurs d'aide et de conseils. Il est important que le médecin relève ces dysfonctionnements, sans jugement de valeur et sans culpabiliser les parents, mais en expliquant en quoi ces comportements peuvent être pathogènes ; et qu'il sache leur proposer une prise en charge adaptée s'il se sent lui-même dépassé ou mal à l'aise » [69].

5. Le respect de la pudeur et de l'intimité

a) L'âge à partir duquel un enfant manifeste de la pudeur

Pour une grande majorité, les assistantes maternelles ont une mauvaise idée de l'âge à partir duquel un enfant manifeste de la pudeur. Elles le situent, le plus souvent, après 7 ans, voire même 10 ans. Cela peut vouloir dire, pour elles, qu'avant 10 ans, la pudeur d'un enfant n'existe pas, et n'est donc pas à respecter.

Certaines pensent même que la pudeur n'est pas une étape du développement, mais qu'elle dépend de l'éducation donnée aux enfants !

b) La gêne d'un enfant par certains programmes télévisés

86% des assistantes maternelles interrogées sont conscientes qu'un enfant peut être gêné par certains programmes télévisés.

c) La gêne d'un enfant par la vue d'un adulte nu

6 assistantes maternelles interrogées sur 7 estiment qu'un enfant peut être gêné de voir un adulte nu.

d) L'intimité des enfants accueillis

Pour 8 assistantes maternelles sur 10, c'est très important de respecter l'intimité des enfants accueillis.

e) L'intimité au sein de la famille de l'assistante maternelle

La moitié des assistantes maternelles, et les membres de leurs familles, ferment toujours la porte quand elles sont aux toilettes ou sous la douche.

1 sur 10 dit ne jamais la fermer !

f) Analyse

Globalement, les assistantes maternelles interrogées ont une mauvaise connaissance de la pudeur chez l'enfant. C'est un FDR.

Par contre, elles accordent beaucoup d'importance au respect de l'intimité, ce qui est un FDP.

Un chapitre sur la pudeur des enfants devrait donc être intégré à la formation obligatoire des assistantes maternelles.

6. Les gestes de maternage

a) Pour laver, changer ou porter un enfant accueilli

71% des assistantes maternelles du groupe 1 font les mêmes gestes pour laver, changer ou porter un enfant accueilli que pour leur propre enfant. Après la formation, ce taux passe à 44%.

Nous pouvons en déduire que la formation, suivie par le groupe 2, a probablement aidé les assistantes maternelles à ne pas adopter vis-à-vis d'un enfant accueilli les mêmes gestes de maternage qu'elles ont avec leur propre enfant.

b) Pour embrasser un enfant accueilli

Près de 9 assistantes maternelles interrogées sur 10 embrassent les enfants accueillis sur la joue, et bien souvent seulement à leur arrivée et à leur départ.

Il faut noter toutefois, qu'indépendamment de la formation, 1 assistante maternelle sur 10 embrasse, plusieurs fois par jour, l'enfant gardé, sur le ventre.

Nous remarquons, et cela nous rassure, qu'aucune n'embrasse l'enfant accueilli sur la bouche !

c) Analyse

Globalement, 6 assistantes maternelles interrogées sur 10 ne font pas de différence entre un enfant accueilli et le leur, quand il s'agit de le changer, de le laver et de le porter... Elles ne comprennent pas, non plus, la nécessité de marquer cette différence ! Ceci est bien entendu, pour nous, un FDR.

Une grande majorité d'assistantes maternelles n'embrassent l'enfant sur la joue que dans le cadre des rites d'accueil. C'est donc un FDP.

Par contre, le fait qu'une assistante maternelle embrasse, plusieurs fois par jour, l'enfant gardé, sur le ventre est un FDR.

Il est donc important que les formateurs des assistantes maternelles insistent bien auprès d'elles sur la nécessité de différencier les gestes de maternage qu'elles peuvent s'autoriser à avoir vis-à-vis des enfants accueillis, de ceux qu'elles ont vis-à-vis de leur propre enfant.

7. Les abus sexuels entre mineurs

a) La connaissance des abus sexuels entre mineurs

8 assistantes maternelles sur 10 pensent que des abus sexuels commis par des enfants mineurs existent.

Mais pour près de la moitié des assistantes maternelles ils ne sont pas « imaginables ».

Un peu plus de la moitié des assistantes maternelles interrogées a déjà entendu parler - souvent par les médias - de cas de suspicion d'abus sexuel commis par des enfants mineurs.

4 assistantes maternelles connaissent des cas dans leur entourage.

Et 14 ont déjà entendu parler de cas de suspicion d'abus sexuel commis par des enfants mineurs d'assistantes maternelles. Ce score, relativement élevé, correspond, pour nous, à un FDP.

b) La connaissance des FDR d'être un jeune abuseur sexuel

8 assistantes maternelles sur 10 placent comme premier FDR pour un jeune d'avoir des attitudes sexuées interdites, le fait d'avoir été lui-même abusé sexuellement. En deuxième position, pour la moitié, elles mettent le fait d'avoir visionné des cassettes pornographiques.

Mais, pour l'autre moitié, le fait d'avoir visionné des cassettes pornographiques n'est pas un FDR.

Ne sont pas non plus des FDR, pour 7 assistantes maternelles sur 10, le fait d'avoir lu des magazines pornographiques et, pour plus de la moitié, le fait d'avoir été témoin de scènes à caractère sexuel.

c) Analyse

Le fait de penser que les abus sexuels commis par des enfants mineurs existent, ou d'en avoir déjà entendu parler, voire même de connaître un cas, est un facteur de protection. En effet, en ayant conscience du problème les assistantes maternelles peuvent faire preuve de vigilance et adopter une attitude préventive.

Par contre, le fait de penser que les abus sexuels commis par un enfant mineur sont inimaginables est un facteur de risque. En effet, ne les imaginant pas possible, ces assistantes maternelles ne peuvent pas mettre en place des mesures protectrices. Le risque qu'un adolescent passe à l'acte n'est-il pas plus élevé dans ce cas là ?

C'est aussi un FDR de penser que les cassettes ou les magazines pornographiques ne peuvent pas amener un jeune à avoir des attitudes sexuées interdites avec un enfant plus petit. En effet, ces assistantes maternelles risquent d'être peu vigilantes et leurs enfants ont plus de chance de voir ce genre d'articles.

Croire que le fait d'avoir été témoin de scènes à caractère sexuel ne risque pas d'amener un jeune à avoir des attitudes sexuées interdites, est aussi un FDR. Dans ces familles, il y a de fortes chances que l'intimité ne soit pas respectée ainsi que les limites intergénérationnelles.

Comme le dit F. Louis-Morin dans un entretien avec J-Y. Hayez, « la sexualité doit être discrètement monogénérationnelle ! De ce fait, la sexualité des enfants n'appartient pas aux parents et la sexualité des parents n'appartient pas aux enfants » [71].

Ces différents points devront donc être repris par les formateurs.

8. La formation

La moitié des assistantes maternelles interrogées souhaitent une formation spécifique sur le développement de la sexualité de l'enfant et de l'adolescent.

Nous considérons que l'intérêt manifesté pour cette formation est déjà un facteur de protection pour celles qui ont répondu favorablement.

9. Les attitudes professionnelles

8 assistantes maternelles interrogées sur 10 se disent être déjà vigilantes dans leur vie professionnelle vis-à-vis des abus sexuels entre mineurs.

Néanmoins, la plupart des assistantes maternelles reconnaissent pouvoir mettre en place des mesures pour augmenter leur vigilance. Elles pensent :

- être plus observatrices et à l'écoute des enfants,
- respecter mieux leur intimité,
- parler plus de la sexualité avec leurs propres enfants,
- ne jamais laisser la garde des enfants accueillis à une tierce personne.

Toutes ces mesures sont, bien sûr, des facteurs de protection.

Par contre, 21 assistantes maternelles, indépendamment de la formation ou de l'expérience, ne voient aucune mesure à mettre en place pour augmenter leur vigilance. Elles estiment faire tout bien !

3 assistantes maternelles trouvent que nous exagérons et qu'il ne faut pas être paranoïaque et voir le mal partout ! Pour l'une d'elles, les abus sexuels entre mineurs sont inconcevables, et même après avoir rempli ce questionnaire, elle reste persuadée que leur profession n'est pas concernée par ce problème !!!

Ces attitudes sont, bien évidemment, des facteurs de risque.

10. Les commentaires

9 assistantes maternelles nous ont vivement remerciées pour ce travail qui leur a permis d'ouvrir les yeux sur ce problème ou qui les fait à nouveau réfléchir.

Dans un premier temps les assistantes maternelles ont été surprises par ce questionnaire. En effet, nous abordons ici l'impensable, l'inimaginable. Mais dans un deuxième temps, elles ont reconnu l'intérêt et le bénéfice pour elle de ce travail. Il s'agit là d'un début de prévention primaire.

C. SYNTHÈSE

Dans cette dernière partie, nous allons simplement récapituler les facteurs de protection (FDP) et les facteurs de risque (FDR) retrouvés dans le cadre de la prévention des abus sexuels entre mineurs chez les assistantes maternelles.

Après cette analyse de l'enquête, nous remarquons que les FDR sont nombreux. Certains FDP augmentent avec la formation mais pas de façon suffisamment importante.

1. Les facteurs de protection (FDP)

- Avoir un niveau d'études égal ou supérieur au BAC.

- Avoir une bonne connaissance de l'âge où un enfant est conscient de son sexe.
- Avoir une bonne connaissance des jeux sexuels entre enfants et des âges où ils existent.
- Savoir que la masturbation d'un enfant est normale.
- S'inquiéter devant une masturbation itérative, compulsive et publique.

- Parler de la sexualité avec ses enfants (l'assistante maternelle aussi bien que son conjoint).

- Accorder beaucoup d'importance au respect de l'intimité.

- Embrasser l'enfant accueilli sur la joue que dans le cadre des rites d'accueil.

- Penser que les abus sexuels commis par des enfants mineurs existent.

- Avoir déjà entendu parler d'abus sexuels entre mineurs.
- En connaître un cas.
- Souhaiter une formation spécifique sur le développement de la sexualité de l'enfant et de l'adolescent.
- Reconnaître pouvoir mettre en place des mesures pour augmenter sa vigilance.

2. Les facteurs de risque (FDR)

- Avoir un niveau d'études inférieur au BAC.
- Laisser jouer dans leur chambre, sans aucune surveillance, ses enfants de plus de 12 ans avec les petits enfants accueillis.
- Laisser participer, et probablement déléguer, à ses enfants de plus de 12 ans les changes et/ou la toilette des petits enfants confiés.
- Permettre à ses préadolescents ou adolescents de prendre les enfants accueillis sur leurs genoux.
- Ne pas savoir quelle est la limite d'âge acceptable entre deux enfants qui ont des jeux sexuels.
- Penser que la masturbation d'un enfant n'est pas normale.
- Ne pas connaître de livre sur la sexualité pouvant nous aider à en parler avec nos enfants.
- Avoir une mauvaise connaissance de la pudeur chez l'enfant.
- Ne pas respecter l'intimité, ni les limites intergénérationnelles.
- Ne pas faire de différence quant aux gestes de maternage entre son enfant et l'enfant accueilli.
- Embrasser, plusieurs fois par jour, l'enfant gardé.
- Penser inimaginables les abus sexuels commis par un enfant mineur.

- Penser que les cassettes ou les magazines pornographiques ne peuvent pas amener un jeune à avoir des attitudes sexuées interdites avec un enfant plus petit.
- Croire que le fait d'avoir été témoin de scènes à caractère sexuel ne risque pas d'amener un jeune à avoir des attitudes sexuées interdites.

- Ne voir aucune mesure à mettre en place pour augmenter sa vigilance.
- Estimer faire tout bien !
- Trouver les abus sexuels entre mineurs inconcevables, et même après avoir rempli le questionnaire, rester persuadée que la profession d'assistante maternelle n'est pas concernée par ce problème.

VI. PREVENTION

A. PRESENTATION DES RESULTATS DE NOTRE ENQUETE A L'EQUIPE DE FORMATEURS DES ASSISTANTES MATERNELLES

Le 26 mars 2004 nous avons présenté les résultats de notre enquête à l'équipe de formateurs des assistantes maternelles. Il s'agit des personnes chargées de la formation obligatoire des assistantes maternelles, qui se déroule sur 12 demi-journées avec des groupes de 15 assistantes maternelles.

Cette équipe de formateurs est composée pour moitié de psychologues et pour l'autre moitié d'éducateurs de jeunes enfants.

Dans un premier temps ces formateurs ont été un peu surpris des réponses du groupe 2 (groupe des assistantes maternelles ayant suivi la formation), voire même pour certains, déçus.

Ils nous ont d'abord expliqué que certains thèmes n'étaient pas abordés dans la formation. C'est le cas notamment de la sexualité infantile et adolescente.

Ensuite, ils nous ont exposé les réactions des assistantes maternelles lorsqu'il leur est arrivé d'aborder le sujet des abus sexuels sur enfants.

Tous disent que les assistantes maternelles sont d'abord choquées, sur la défensive contre cette chose innommable, impensable et insupportable (« Cela ne peut arriver chez moi ! »).

Si les formateurs abordent le sujet, les assistantes maternelles parlent d'abord des conséquences pour elles. Elles évoquent la suspicion, la rumeur et la perte de l'agrément.

Le sujet leur fait peur et elles disent : « Si c'est ça je vais arrêter de travailler ! »

Elles ressentent une dévalorisation de leur profession par la société et devant une suspicion, elles pensent qu'elles seront forcément accusées.

Pour beaucoup, les petits enfants mentent et fabulent.

Pour les formateurs, aborder la sexualité des enfants avec les assistantes maternelles renvoie forcément à leur propre sexualité et à la façon dont elles la vivent. Le dialogue n'est pas facile, il y a des tabous !

Ici notre questionnaire parle des abus sexuels entre mineurs. Pour les formateurs, on en entend beaucoup moins parler dans les médias que des abus sexuels commis par des adultes. C'est un sujet encore un peu méconnu. Pour les assistantes maternelles c'est encore plus impensable, imprévisible et effrayant, mais paradoxalement, elles pensent souvent que c'est moins grave.

Au vu des résultats de notre enquête, les formateurs ont reconnu la nécessité urgente d'inclure à la formation un chapitre entier sur le développement sexuel de l'enfant et d'aborder systématiquement la question des abus sexuels.

B. MISE EN ROUTE D'UNE ACTION DE PREVENTION AU SEIN DU PROGRAMME DE FORMATION

Lors de notre entrevue, les formateurs ont commencé à réfléchir au contenu et à la forme à donner à cette formation sur les abus sexuels.

1. Le contenu

Ils sont partis du constat qu'il faut expliquer ce qu'est la sexualité chez l'enfant, qu'elle n'a pas de dimension sexuelle comme chez l'adulte.

Il faut aussi définir ce que sont les abus sexuels et parler des différentes formes existantes (exhibitionnisme, attouchements sans pénétration, viol). Bien souvent les assistantes maternelles ne considèrent pas les attouchements comme un abus sexuel !

Les formateurs pensent parler du développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent, en l'intégrant à leur tableau concernant le développement de l'enfant selon les âges (possibilités motrices, langage, développement psychologique). Ils pensent aussi expliquer la différence existant entre la sensualité et la tendresse, et enfin parler des climats incestueux. Ils souhaitent ainsi, en lien avec la sexualité de l'enfant, aborder la question de la séduction, des jeux sexuels, du consentement...

Définir la masturbation leur semble nécessaire, car les assistantes maternelles sont souvent dans le déni qu'elle puisse exister chez l'enfant.

Il faut rappeler aux assistantes maternelles que, dès qu'il y a un rapport avec le corps de l'enfant, c'est une réflexion qui touche tous les professionnels de l'enfance. En conséquence, dans leur désir de reconnaissance professionnelle, les assistantes maternelles doivent, elles aussi, réfléchir à cette question du respect du corps de l'enfant et des limites à avoir.

Les formateurs trouvent donc indispensable d'insister sur ces limites, sur le rapport au corps de l'enfant et le respect de son intimité et de sa pudeur. Cela passe par des petites choses : les suppositoires, la prise de température, les changes, la crème à mettre sur le siège du bébé, le bain, l'apprentissage de la propreté, le rapport avec la bouche et l'alimentation... . Il est nécessaire de donner du sens à l'intimité et à la pudeur et de trouver toutes les stratégies qui permettent de le symboliser, car bien souvent les assistantes maternelles n'ont pas accès à la symbolique.

Rappeler les notions de politesse et la place des « bisous » leur apparaît important.

D'autre part, les formateurs pensent utile aussi de former les assistantes maternelles sur l'importance de « croire » l'enfant, d'être à l'écoute de la parole de l'enfant, et de lui être attentif.

Les formateurs nous ont rappelé que les assistantes maternelles sont désireuses d'avoir un cadre professionnel mieux défini. Celui-ci aurait pour finalité de les aider à être vigilantes pour que leurs comportements vis-à-vis des enfants accueillis ne soient pas influencés par leur propre sensualité. Des règles claires dans ce domaine, sont d'autant plus importantes pour les assistantes maternelles que leur activité professionnelle s'exerce à leur domicile ; il n'y a donc pas de frontière entre leur vie privée, familiale et leur travail auprès des enfants confiés.

2. La forme

Nous avons expliqué à l'équipe de formateurs l'impact qu'avait eu notre questionnaire sur la demi-journée de formation initiale des assistantes maternelles du groupe 1. En effet, en comparaison avec les demi-journées de formation antérieures, nous avons

constaté pour ces deux sessions (et plus encore pour celle de janvier 2004) des réflexions plus approfondies de la part des assistantes maternelles sur les sujets abordés. Comme si le questionnaire avait permis aux assistantes maternelles -une fois passé le premier réflexe de stupeur face à « l'impensable » - de prendre conscience du problème des abus sexuels et de réfléchir plus profondément à leur profession.

Nous avons donc proposé aux formateurs de se servir de notre questionnaire comme support à la formation et à la prévention des abus sexuels. Cette suggestion a été unanimement acceptée par l'équipe, avec la réserve de pouvoir modifier légèrement le questionnaire et de supprimer quelques questions inutiles dans ce contexte. Nous avons bien évidemment donné notre accord !

Les formateurs imaginent utiliser ce questionnaire sur trois séances. Ils le donneraient à la première, le récolteraient à la deuxième et présenteraient les réponses en les commentant à la troisième séance. Deux séances ne seraient-elles pas suffisantes ? Ils évoquent aussi la possibilité de s'appuyer sur d'autres supports (notamment des cassettes audiovisuelles) pour aborder le développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent.

A l'issue de cette rencontre, l'équipe de formateurs a décidé de modifier le thème de leur prochaine réunion de préparation de la formation (réunion prévue fin juin 2004). Ils ont ainsi prévu d'ici là, de retravailler notre questionnaire, de chercher d'autres supports et de réfléchir au contenu de la formation, afin de définir, lors de leur rencontre de mai, un cadre et une pédagogie pour cette formation destinée aux assistantes maternelles, sur la sexualité des enfants et les abus sexuels.

C. PROPOSITIONS PERSONNELLES

1. Par rapport à la formation des assistantes maternelles

Comme évoqué plus haut, nous pensons qu'il est indispensable d'intégrer dans la formation des assistantes maternelles un chapitre sur le développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent et un autre sur les abus sexuels. Nous pensons en effet

que le simple fait de parler d'un problème contribue à en prendre conscience et ainsi permet de mettre en place des mesures de vigilance.

Par rapport à la formation obligatoire des assistantes maternelles, il nous semble intéressant de partir de notre questionnaire (retravaillé) pour permettre à ces assistantes maternelles de passer la première étape de défense et de rejet du problème. Dans un deuxième temps, nous suggérons de reprendre avec elles leurs réponses et, pourquoi pas, de faire un « jeu de rôles » à partir d'une situation exposée dans l'un des 16 cas cliniques de suspicion d'abus sexuel. Il nous apparaît indispensable, à cette occasion, de rappeler les devoirs et les responsabilités des assistantes maternelles et notamment, le fait qu'elles n'ont pas le droit de confier les enfants accueillis à une tierce personne.

De même, après avoir assisté à deux séances de formation initiale du samedi matin, il nous semble nécessaire de rappeler plus clairement à la fin de cette demi-journée, les devoirs, les obligations et les responsabilités des assistantes maternelles.

Dans le but de renforcer la reconnaissance de cette profession par la société, il nous semble intéressant et même indispensable que cette formation ait lieu avant le début de l'accueil des enfants et non, comme c'est le cas actuellement, dans les 5 ans suivant l'agrément. Cette notion importante fait d'ailleurs partie du nouveau projet de loi relatif aux assistantes maternelles [80].

Les assistantes maternelles désirant que leur profession soit reconnue, à part entière, comme une profession de la petite enfance ; il nous semble indispensable qu'elles aient des notions, communes à ces professions, sur le développement psychomoteur, mais aussi psychosexuel de l'enfant !

Afin d'entretenir les connaissances, il est aussi nécessaire de rendre obligatoire la formation continue.

Nous voyons donc la professionnalisation de ce métier d'assistante maternelle, comme un facteur de prévention des abus sexuels et de la maltraitance en général.

2. Par rapport à l'agrément

Pour ces raisons, nous pensons que le service de PMI devrait améliorer la qualité de ses évaluations faites dans le cadre de l'attribution de l'agrément. Les travailleurs sociaux qui les réalisent, devraient chercher à connaître davantage les caractéristiques (antécédents, personnalité, présence au domicile...) des enfants et du conjoint des assistantes maternelles, afin de mieux déterminer leur place auprès des enfants accueillis. En effet, étant donné que l'accueil a lieu à son domicile, toute la famille de l'assistante maternelle doit être d'accord sur le projet de celle-ci et prête à respecter certaines règles. De même, certaines habitudes familiales (ne jamais fermer les portes des toilettes ou de la salle de bain, se promener nu devant les autres, le non respect des distances intergénérationnelles,...) nécessiteraient plus d'attention de la part des travailleurs sociaux. Ils devraient à cette occasion rappeler l'importance du respect de l'intimité et du rapport au corps.

En conséquence, il nous apparaît indispensable que ce travail soit aussi réalisé lors des renouvellements d'agrément.

Par ailleurs, nous pensons qu'il serait souhaitable que lors de l'attribution de l'agrément et de son renouvellement, le service de PMI fasse signer une sorte de « charte » à tous les membres de la famille de l'assistante maternelle, afin qu'ils prennent pleinement conscience de leurs obligations à tous et des conséquences en cas de non-respect de celles-ci. Il pourrait être utile aussi, à cette occasion, de laisser à la famille un petit dépliant rappelant ces obligations et ces conséquences, et aussi certaines recommandations concernant les comportements appropriés à tenir vis-à-vis de l'enfant accueilli.

F. Dolto en 1988 parle de l'adolescence comme d'un « passage » déterminant qui mène les enfants, vers 10-11 ans, à la prise d'autonomie [68]. Pour elle, « il n'y a pas d'âge précis qui « date » ce stade du développement de l'individu, mais une mouvance qui les pousse vers cette zone de turbulences, car chacun la vit selon sa précocité relative, ou au contraire ses atermoiements, au gré de son rythme propre. Toujours est-il que tôt ou tard, à cette phase de croissance, au moment de la prépuberté, un grand parcours les attend avant de pouvoir entrer dans la vie adulte, d'assumer des responsabilités de citoyen et de participer de quelque manière que ce soit à la construction de l'avenir de leur société. Pour parvenir de l'autre côté de la rive, ils vont

tous avoir à traverser un certain nombre d'épreuves, à franchir des obstacles, à résoudre des crises venant de leur intériorité ou du fait des pressions du milieu. Suivant leur sensibilité propre, leur fragilité ou leur force neuve, ils rencontreront plus ou moins de difficultés à réussir ce passage. Ceux qui n'ont pas au départ consommé la rupture qui réalise la prise d'autonomie, ceux qui abordent ce sol d'instabilité et de fractures, l'adolescence, avec des blocages, seront plus handicapés que d'autres, mais tous auront besoin de tout leur vouloir vivre, de toute l'énergie de leur désir à advenir pour affronter cette mort à l'enfance. » [24].

L'adolescence correspond à une double puberté : [82]

- Une puberté physique avec l'acquisition de capacités nouvelles.
- Une puberté psychologique, à savoir la nécessité de faire le deuil, de se séparer de ses objets, de ses plaisirs d'enfants pour détourner son attention sur de nouveaux projets.

L'angoisse naît quand les deux n'évoluent pas en même temps. La puberté amène à l'émergence de pulsions nouvelles qui ne devraient pas se réaliser trop tôt. Le plus souvent, elles sont canalisées dans l'énergie des apprentissages scolaires, dans la bêtise de « l'âge bête » avec ses fous rires et plaisanteries douteuses, dans le décalage de maturité entre filles et garçons.

Devant cette fragilité de l'être à l'adolescence, associée à un manque d'empathie des adolescents vis-à-vis des autres tranches d'âge, n'y a-t-il pas là un risque supplémentaire, de mettre au contact de ces adolescents, des petits enfants qui sont bien souvent « à croquer » ?

En conséquence, le service de PMI ne devrait-il pas avoir une vigilance particulière lors des évaluations d'agrément ou de renouvellement d'agrément des assistantes maternelles dont les propres enfants sont préadolescents ou adolescents ? Ne peut-il pas organiser des contrôles inopinés plus fréquents ? Nous posons les questions.

3. Par rapport aux parents des enfants accueillis

Comme I. François, A. Marin, A. Gisselmann et P. Trapet, les auteurs du seul article que nous avons retrouvé sur les abus sexuels commis dans le cadre de la garde d'un

enfant, nous pensons qu'il faut « responsabiliser les parents dans la garde de leurs enfants », et les « convaincre qu'ils ont non seulement un droit de regard mais aussi une obligation de s'informer de la façon dont les choses se passent et d'intervenir. » [29].

D. EN CONCLUSION

Nous avons axé notre travail auprès des assistantes maternelles sur une prévention primaire des abus sexuels entre mineurs. Nous sommes conscients que nous n'intervenons là que sur un axe de cette prévention primaire, mais à l'issue de la synthèse des dossiers, cette piste nous est apparue comme la première où nous pouvions intervenir.

Les autres axes de cette prévention primaire doivent s'orienter, comme l'explique M. Gabel en 2002 : [40]

- Vers tous les enfants, en renforçant leurs connaissances en matière de tous les risques (risque d'accidents, d'abus...) tout en veillant à ne pas leur donner le sentiment qu'ils vivent dans un monde hostile et dangereux.
- Vers tous les parents, en renforçant en eux les repères, qui les inscrivent dans la généalogie et la différence des sexes.
- Vers tous les lieux de vie des enfants, l'école, la crèche, les centres de loisirs, en développant le respect qui leur est dû, autant dans les comportements que dans l'architecture.
- Vers tous les professionnels en lien avec les enfants, pour compléter leur formation et développer des pratiques qui tiennent compte des connaissances actuelles, réduisent leurs idéologies et leurs résistances.
- Vers tous les employeurs de professionnels de l'enfance, pour qu'ils veillent à éloigner de ces professions des abuseurs sexuels déjà condamnés.

- Vers toute la société civile, pour encourager des attitudes civiques plus responsables à l'égard des enfants de la Cité, mais aussi en informant tous les citoyens de ce que dit la loi.
- Vers les pouvoirs publics, pour qu'ils incitent aux évaluations, à la recherche, en dégagant des moyens et pas seulement en ajoutant des lois, les unes aux autres.
- Vers tous les médias, pour qu'ils fournissent aux citoyens une information pédagogique, nuancée et non dramatique.

M. Gabel ajoute à ces propositions pour progresser dans la prévention des abus sexuels, la nécessité : [40]

- De réfuter l'idée simpliste que tout programme de prévention (vidéo-document) offre à lui seul une réelle protection pour l'enfant.
- D'abandonner dans ces programmes l'illusion que l'enfant serait capable de distinguer les bons et les mauvais « touchers », surtout venant des adultes qu'il aime ! De même le message « Ton corps t'appartient » place l'enfant dans une position d'adulte responsable de son désir plutôt qu'en position d'enfant qui réclame du respect de son intimité, de sa pudeur.
Le manque de respect de l'intimité au sein des familles au nom d'une éducation libérée abrase plus qu'il n'y paraît le besoin fondamental d'une distance intergénérationnelle claire.
- D'accorder une importance majeure à la prévention en direction des adolescents à condition qu'elle s'adresse aussi à eux en abordant les risques qu'ils ont de commettre eux-mêmes des abus, c'est-à-dire en clarifiant leurs positions à l'égard des rôles sexuels, de la différence des sexes, de l'expression de leurs sentiments mais aussi de leur consommation d'alcool, de drogues, de leur violence, et de leur connaissance de la loi.
- D'apporter aux jeunes parents, la connaissance et les mots pour qu'ils puissent eux-mêmes assurer l'éducation sexuelle de leur enfant, futur parent.

VII. CONCLUSION

Les abus sexuels commis par des mineurs sur des enfants sont une réalité. 30 à 50% des agressions sexuelles commises sur des enfants, le sont par des adolescents.

Ces abus ont autant de conséquences psychopathologiques, à court, moyen et long terme, sur les enfants victimes, que les abus perpétrés par des adultes.

Devant une suspicion d'abus sexuel, les médecins généralistes, pédiatres, gynécologues et psychiatres sont mal à l'aise entre le respect du secret professionnel et l'obligation de signaler de tels actes. Les auteurs s'accordent pour dire que l'évaluation et la prise en charge de chaque situation d'abus sexuel doit être pluridisciplinaire et éventuellement pluri institutionnelle, afin d'envisager l'ensemble des répercussions pour l'enfant ou l'adolescent et sa famille.

Les assistantes maternelles agréées, parce qu'elles travaillent à domicile et de ce fait, par la difficile, voire impossible, séparation entre leur vie professionnelle et leur vie privée, sont particulièrement concernées par cette question.

Leurs propres enfants, à l'âge de la préadolescence et de l'adolescence, sont dans une période de grande mutation et en sont fragilisés. Ils sont alors soumis à l'émergence de pulsions sexuelles qu'ils ont encore du mal à maîtriser. Le fait d'être en contact régulier, voire quotidien, avec des petits enfants gardés par leur mère, est un facteur de risque, pour eux, de passer à l'acte. D'autant plus que ces enfants en bas âge sont le plus souvent en pleine période œdipienne et ont une sensorialité déployée.

De l'étude des 16 cas d'abus sexuels d'enfants commis par des enfants mineurs d'assistantes maternelles, il ressort que ce sont les circonstances qui ont permis la réalisation de l'abus. Les caractéristiques psychopathologiques des adolescents mis en cause ont eu un rôle mineur dans ce passage à l'acte.

Cette étude nous a aussi permis de montrer que, dans chaque cas, l'assistante maternelle a commis un défaut de surveillance des enfants accueillis et qu'elle a fait preuve d'un manque de vigilance.

C'est le premier point sur lequel nous avons décidé d'alerter le service de PMI afin de prévenir l'émergence de nouveaux cas.

Notre enquête auprès de 190 assistantes maternelles, ayant ou non vécu une expérience professionnelle et suivi la formation obligatoire, nous a révélé qu'il n'y a pas de différence significative entre ces deux groupes d'assistantes maternelles.

Elle nous a aussi permis de nous rendre compte des relativement bonnes connaissances des assistantes maternelles sur le développement psychosexuel de l'enfant. Mais, à l'inverse, nous avons relevé leur mauvaise connaissance de la pudeur chez l'enfant et donc de l'existence d'un risque d'un manque de respect de cette intimité par l'assistante maternelle.

A l'issue de cette enquête nous avons pu dresser la liste des facteurs de risque (FDR) et des facteurs de protection (FDP) existant chez les assistantes maternelles.

Parmi les principaux FDR nous retiendrons :

- le fait de laisser jouer ses enfants de plus de 12 ans, sans surveillance, avec les petits enfants accueillis ;
- celui de permettre à ses enfants de changer ou laver un enfant gardé ;
- d'avoir les mêmes gestes de maternage avec ses propres enfants et avec ceux confiés ;
- de ne pas reconnaître le besoin de pudeur d'un enfant et de ne pas respecter son intimité ;
- le fait d'ignorer les caractéristiques des jeux sexuels entre enfants et de penser que la masturbation des petits n'existe pas ;
- celui de ne pas imaginer possible les abus sexuels entre mineurs ;
- et le fait de ne pas être vigilante quant aux images pornographiques que les enfants pourraient voir.

La mise en évidence de ces différents FDR, par l'intermédiaire de l'enquête réalisée, a constitué une action de prévention primaire auprès des assistantes maternelles interrogées, en leur faisant prendre conscience du problème des abus sexuels entre mineurs.

C'est aussi grâce à la connaissance de ces facteurs que nous avons pu émettre d'autres pistes de prévention. Parmi celles-ci, et pour des raisons de professionnalisme, il nous semble primordial qu'une partie, au moins, de la formation obligatoire des assistantes maternelles se fasse avant le début de l'accueil des enfants et, d'autre part, que ce thème soit intégré au cours de cette formation.

De plus, nous pensons que le service de PMI devrait profiter des évaluations, faites dans le cadre de l'agrément et de son renouvellement, pour rappeler, aux assistantes

maternelles, mais aussi à leurs familles et en particulier aux adolescents, leurs obligations vis-à-vis des enfants accueillis.

En conclusion, nous rappellerons les paroles du docteur M. Nathanson, pédiatre hospitalier [5], qui, à notre avis, s'adresse tout aussi bien aux enfants victimes d'abus sexuels qu'aux mineurs qui en sont les auteurs : « Tu n'oublieras pas. Cette cicatrice, elle est là, elle sera toujours là. Mais il y aura un jour où elle ne te fera plus mal ». Ces phrases évoquent la notion de résilience qui est un espoir de vie pour ces enfants victimes mais aussi pour ces auteurs mineurs.

ANNEXES

Annexe 1 : Evolution du nombre de dossiers d'agrément d'assistant(e)s maternel(le)s en Loire-Atlantique.

Annexe 2 : Certificat médical à joindre avec la demande d'agrément d'assistant(e) maternel(le).

Annexe 3 : Circuit administratif du signalement d'un enfant en danger.

Annexe 4 : Circuit judiciaire du signalement d'un enfant en danger.

Annexe 5 : La procédure pénale.

Annexe 6 : Lettre accompagnant le questionnaire et présentant notre projet.

Annexe 7 : Questionnaire anonyme adressé aux assistantes maternelles agréées à titre non permanent, incluses dans notre étude.

ANNEXE 1

ANNEXE 2

ANNEXE 3

ANNEXE 4

ANNEXE 5

ANNEXE 6

ANNEXE 7

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : **ANDRE S.** La loi Perben II. Les dispositions concernant la lutte contre la délinquance sexuelle et la protection des mineurs. Actualités Sociales Hebdomadaires, 2004 ; 2352 : 23-30.
- 2 : **BEAUNE D, MABIRE M-J.** L'enfant abusé sexuellement. Du dépistage à l'intervention. Ed. Gaëtan Morin Europe (Paris), 1998.
- 3 : **BENSUSSAN P, RAULT F.** La dictature de l'émotion – la protection de l'enfant et ses dérives. Ed. Belfond, 2002.
- 4 : **BENSUSSAN P.** Inceste, le piège du soupçon. Ed. Belfond, 1999.
- 5 : **BIENVAULT P.** La difficile reconstruction des enfants victimes d'abus sexuels. Journal La Croix, 17 mai 2004 : 3-4.
- 6 : **BLAIN C.** Fiche récapitulative des agréments des assistantes maternelles sur l'ensemble du département pour l'année 2003. Service de PMI de Loire-Atlantique.
- 7 : **BODEN S, MALCHAIR A, BERTRAND J.** Les adolescents qui abusent sexuellement des enfants. Revue Médicale de Liège, 1999 ; 54 (6) : 527-534.
- 8 : **BOE E.** Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des agresseurs sexuels, enfants et adolescents (en bandes et individuel) ? 5^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 22 et 23 novembre 2001.
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/GrpeBiblio/Biblio2.html>
- 9 : **BOUBLIL M.** Les allégations d'abus sexuels en question(s).Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1999 ; 47 (5-6) : 270-276.

10 : BOUHET B, PERARD D, ZORMAN M. De l'importance des abus sexuels en France. In "Les enfants victimes d'abus sexuels", Gabel M. Ed. Presses Universitaires de France, 1992 (1^{re} édition) : 37-53.

11 : Bulletin officiel du ministère de l'Education nationale n° 30, 4 septembre 1997, p.1. Circulaire n° 97-175. Instruction concernant les violences sexuelles.

12: CHALON S, LECOMTE J, VANISTENDAEL S, GIRODET D, MIGNOT C, HUMBEECK B. Résilience. Enfance Majuscule, 2003; 72-73 : 1-63.

13 : Code pénal. Ed. Dalloz, 2004 (101^{ème} édition).

14: COHEN-KETTENIS P-J, D. Ph. Le comportement sexuel des jeunes enfants: études empiriques. Médecine et enfance, avril 1997 : 219-223.

15 : COINÇON Y, THEVENOT J-P. Comment reconnaître une maltraitance ancienne chez l'enfant et l'adolescent. 7^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 6 et 7 novembre 2003.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/experthtml/coincon.html>

16 : DALIGAND L, GONIN D. Les violences sexuelles. Andrologie, 1999 ; 9 (4) : 519-527.

17: DE BECKER E, HAYEZ J-Y. Abus sexuels sur enfants en âge préscolaire. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 1998 ; 11 (5) : 287-298.

18: DE BECKER E, HAYEZ J-Y. Du discours du mineur d'âge sur l'abus sexuel, faux positifs et non-crédibilité. Louvain Med.,1999 ; 118 : 497-507.

19: DE BECKER E, HAYEZ J-Y. L'enfant en dessous de 3 ans maltraité sexuellement : comment les tout-petits « parlent » d'un abus et comment y faire face ? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2003 ; 51 : 105-110.

20: DE BECKER E, HAYEZ J-Y. Violence sexuelle à l'adolescence. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2000 ; 48 (5) : 305-313.

21 : DE FAÏ C, BONNET G, CLERGET S, ROUYER M. Age par âge, comment ils découvrent leur corps. Famili, avril 2004 : 55-62.

22 : DELAGE M. Existe-t-il une histoire particulière chez les agresseurs sexuels ? Quel est le rôle de ce facteur ? 5^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 22 et 23 novembre 2001.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Delage.html>

23 : DOLLANDER M, DE TYCHEY C. Différences des sexes. Castration et éducation sexuelle : réflexions préventives. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2001 ; 49 : 352-360.

24 : DOLTO F. La cause des adolescents. Ed. Robert Laffont (Paris), 1988.

25 : DOLTO F. Lorsque l'enfant paraît. Tome 2. Ed. Seuil (Paris), 1978.

26 : DOLTO F. Psychanalyse et pédiatrie. Editions du Seuil, 1971.

27 : Dossier juridique. Le statut des assistantes maternelles. Travail Social Actualités, 1992 ; 425 : 7-12 ; 426 : 7-11 ; 434 : 7-12 ; 435 : 7-10, 1993 ; 437 : 7-10.

28 : DUMAS M. Enfance violée, le courage de parler. Emission vie privée/ vie publique du 24 mars 2004 sur France 3, animée par Mireille Dumas et en présence, entre autre, de Marcel Rufo (pédopsychiatre) et de Marie-Pierre Porchy (Juge d'Instruction).

29 : FRANCOIS I, MARIN A, GISSELMANN A, TRAPET P. A propos des difficultés lors de la révélation d'abus sexuels commis dans le cadre de la garde de l'enfant. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1996 ; 44 (3-4) : 126-129.

30 : FREMY D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des agresseurs sexuels enfants et adolescents ? 5^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 22 et 23 novembre 2001.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RapportsExperts/Fremy.html>

31 : FREUD A. Identification avec l'agresseur. In "Le moi et les mécanismes de défense". Presses Universitaires de France, 2001 (15^{ème} édition) : 101-112.

32 : FREUD S. Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). Ed. Folio essais (Paris), 2002.

33 : FRIEDRICH W.N, FISHER J, BROUGHTON D, HOUSTON M, SHAFRAN C-R. Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. Pediatrics, 1998; 101 (4) : p.e9.

<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/101/4/e9>

34 : FRIEDRICH W.N, GRAMBSCH P, BROUGHTON D, KUIPER J, BEILKE R-L. Normative sexual behavior in children. Pediatrics, 1991; 88 (3) : 456-464.

35 : GABEL M (sous la direction de). Les enfants victimes d'abus sexuels. Ed. Presses Universitaires de France, 1992 (1^{re} édition).

36 : GABEL M, BARICHASSE D, FROGER C, PERICARD B, REICHEN M-J (sous la direction de). Le développement psychosexuel de l'enfant. In "Les abus sexuels à l'égard des enfants, comment en parler". Dossier technique du Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, 1988 : 25-31.

37 : GABEL M, BARICHASSE D, FROGER C, PERICARD B, REICHEN M-J (sous la direction de). Les abus sexuels à l'égard des enfants, comment en parler. Dossier technique du Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, 1988.

38 : GABEL M, BENSUSSAN P. Fausses allégations d'abus sexuels : une autre forme de maltraitance. Entretien enregistré sur cassette audiovisuelle. Production Anthéa. Collection Parole donnée, 2000.

39 : GABEL M. Evolution de la législation française concernant la maltraitance : l'obligation faite aux médecins. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1996 ; 44 (3-4) : 158-163.

40 : GABEL M. Peut-on prévenir les abus sexuels ? Ou existerait-il une répétition automatique de la violence sexuelle ? *Enfance Majuscule*, 2002 ; 62 : 7-12.

41 : GARAPON A. Les mineurs délinquants : législation et juridiction. In "Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Ed. Quadrige/ Presses Universitaires de France, 1999 (1^{re} édition) : 2437-2442.

42 : GRUYER F, FADIER-NISSE M, SABOURIN P. La violence impensable. Inceste et maltraitance. Ed. Nathan, 1991.

43 : HAYEZ J-Y, ANSELOT C. Sexualité des enfants en âge d'école primaire. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1998 ; 46 (9) : 459-467.

44 : HAYEZ J-Y, VERVIER J-F, CHARLIER D. De la crédibilité des allégations des mineurs d'âge en matière d'abus sexuel. *Psychiatrie de l'enfant*, 1994 ; XXXVII (2) : 361-394.

45 : HAYEZ J-Y. Facteurs de risque ou de protection chez le mineur victime d'abus sexuel. 7^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 6 et 7 novembre 2003.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/experthtml/hayez.html>

46 : HAYEZ J-Y. Mineurs qui commettent des transgressions sexuelles inacceptables. Discussion de la problématique et méthode de prise en charge. *Journal du Droit des Jeunes*, avril 1999 ; 184 : 25-28 et 37-40.

47 : HAYEZ J-Y. Sexualité des enfants en âge d'école primaire. *Perspectives psychiatriques*, 1999 ; 38 (4) : 282-299.

48 : HAYEZ J-Y. Sexualité saine des mineurs d'âge et abus sexuel : de l'intérêt à secouer quelques idées reçues. 2003.

<http://membres.lycos.fr/jeanyveshayez/sex-sain.htm>

49 : HERMOUET L. Les abus sexuels, interrogations et positionnement des soignants. Thèse de médecine (qualification en psychiatrie). Nantes (2003).

50 : HUMMEL P, THÖMKE V, OLDENBÜRGER H.A, SPECHT F. Male adolescent sex offenders against children : similarities and differences between those offenders with and without a history of sexual abuse. *Journal of Adolescence*, 2000 ; 23 : 305-317.

51: HUNTER J.A, FIGUEREDO A.J, MALAMUTH N.M, BECKER J.V. Juvenile sex offenders: toward the development of a typology. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2003 ; 15 (1) : 27-46.

52 : IVERNOIS J-F. La maltraitance des enfants. Guide pédagogique. Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville. 1990.

53 : JACOB M, MAC KIBBEN A. Les adolescents agresseurs sexuels. Programme pour adolescents abuseurs sexuels, Centre de psychiatrie légale de Montréal, Institut Pinel, 2004 (disponible sur internet).

54 : JARDY-MASSON C. Etre assistante maternelle. Formation et vie pratique. Ed Masson, 2003 (2^{ème} édition).

55 : Journal officiel de la République Française 10 mars 2004. Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

56 : Journal officiel de la République Française du 14 juillet 1989. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.

57 : Journal officiel de la République Française du 14 juillet 1992. Loi n°92-642 du 12 juillet 1992 relative aux assistants maternels et assistantes maternelles et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la santé publique et le code du travail.

58 : Journal officiel de la République Française du 18 juin 1998. Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

59 : Journal officiel de la République Française du 18 mai 1977. Loi n° 77-503 du 17 mai 1977 relative aux assistantes maternelles.

60 : Journal officiel de la République Française du 29 novembre 1992. Décret n° 92-1245 du 27 novembre 1992 relatif à la rémunération et à la formation des assistants maternels et assistantes maternelles.

61 : Journal officiel de la République Française du 29 octobre 1992. Arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions de l'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistants maternels et des assistantes maternelles.

62 : Journal officiel de la République Française du 30 septembre 1992. Décret n°92-1051 du 29 septembre 1992 relatif à l'agrément des assistants maternels et assistantes maternelles et aux commissions consultatives paritaires départementales.

63 : Journal officiel de la République Française n°2 du 3 janvier 2004. Loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

64: LAMB S, COAKLEY M. "Normal" childhood sexual play and games: differentiating play from abuse. *Child Abuse and Neglect*, 1993 ; 17 : 515-526.

65 : LAMOUR M. Les abus sexuels à l'égard des jeunes enfants : séduction, culpabilité, secret. In "Les enfants victimes d'abus sexuels", Gabel M. Ed. Presses Universitaires de France, 1992 (1^{re} édition) : 55-77.

66 : LECOMTE J. Briser le cycle de la violence. Quand d'anciens enfants maltraités deviennent des parents non-maltraitants. Thèse de doctorat en Psychologie, sous la direction de Mullet E, Paris.

67 : LEGOUPIL R. Abus sexuels à l'égard des enfants. Bilan de trois années d'activité de la cellule d'accueil de l'hôpital de Saint-Nazaire (1995-1996-1997). Thèse de médecine (qualification en médecine générale). Nantes (1998).

68 : Les guides de la Justice. Enfant victime d'agression sexuelle. Guide à l'usage des adultes. Ministère de la Justice. 1999, 30 p.

69 : LEVEL S, DALIGAND L , DORAY S, DUBRET G, GIRODET D, HOCHART F, LUDES B, REYNAUD I, ZILLHARDL P (sous la direction de). Le praticien face aux violences sexuelles. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et aux handicapés, Ecole des Parents et des Educateurs d'Ile-de-France, 2000.

70 : LINARD H. Est-il possible de parler de pédagogie de la sexualité ? Sauvegarde de l'enfance, 1997 ; 4-5 : 295-303.

71 : LOUIS-MORIN F, HAYEZ J-Y. Sexualité de l'enfant : quel rôle pour l'adulte dans sa maturation. Entretien enregistré sur cassette audiovisuelle. Production Anthéa. Collection Parole donnée, 2001.

72 : MANCIAUX M, GABEL M, GIRODET D, MIGNOT C, ROUYER M. Actions et auteurs. In "Enfances en danger". Ed. Fleurus psychopédagogie, 2002 (nouvelle édition) : 447-539.

73 : MANCIAUX M, GABEL M, GIRODET D, MIGNOT C, ROUYER M. D'une analyse quantitative à l'interprétation qualitative. In "Enfances en danger". Ed. Fleurus psychopédagogie, 2002 (nouvelle édition) : 175-198.

74 : MANCIAUX M, GIRODET D. Allégations d'abus sexuels, parole d'enfant, paroles d'adultes. Ed. Fleurus, psychopédagogie, 1999.

75 : NAPIER-HEMY J. Les agressions sexuelles entre frères et sœurs. Guide à l'usage des parents. Ed. (française) Johanne Raynault, 1994.

Ce guide est disponible au Centre national d'information sur la violence dans la famille, Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, Ottawa (Ontario), Canada K1A1B5 ou par internet :

http://www.sasian.org/guide/aguide_fr.htm

76 : OATES R.K, JONES D.P.H, DENSON D, SIRODNAK A, GARY N, KRUGMAN R.D. Erroneous concerns about child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 2000 ; 24 (1) : 149-157.

77 : Observatoire National De l'Action Sociale décentralisée. Rapport trimestriel de l'ODAS du 15 octobre 2003. Disponible sur demande à l'ODAS : 37, boulevard Saint-Michel, 75005 Paris. Site internet : www.odas.net

78 : Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.
<http://www.legifrance.gouv.fr>

79 : PICHEROT G, DUFILHOL-DRENO L, BALENCON M, VABRES N. Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 0 à 3 ans ? 7^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 6 et 7 novembre 2003.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/experthtml/picherot.html>

80 : Projet de loi relatif aux assistants maternels et aux assistants familiaux.
Exposé des motifs.
<http://www.assmat.com>

81 : Protocole à l'usage des professionnels confrontés à des situations d'abus sexuel. Conseil Général de Loire-Atlantique, 1997.

82 : Rencontre nationale des assistantes maternelles des 11 et 12 décembre 2003 à Batz sur mer, organisée par l'Union Fédérative Nationale des associations de familles d'accueil et assistantes maternelles, avec la participation du Dr. Gétin-Horreard C. Pédopsychiatre du CHU de Nantes. Compte-rendue disponible au secrétariat administratif de l'association au 05.62.70.09.96.

83 : ROUYER M. Les enfants victimes, conséquence a court et moyen terme. In "Les enfants victimes d'abus sexuels", Gabel M. Ed. Presses Universitaires de France, 1992 (1^{re} édition) : 79-91.

84 : RUFO M. Tout ce que vous ne devriez jamais savoir sur la sexualité de vos enfants. Ed. Anne Carrière, 2003.

85 : RYAN G. Childhood sexuality: a decade of study. Part I – Research and curriculum development. Child Abuse and Neglect, 2000 ; 24 (1) : 33-48.

86 : SAURY R. Les sévices à enfants : conduite à tenir pour le médecin traitant. Réalités pédiatriques, 2003 ; 78 : 7-18.

87 : TERRIEN A-C. Le retrait d'agrément des assistantes maternelles en cas de suspicion d'abus sexuel. Mémoire de DESS Droit des Interventions Sanitaires et Sociales des Collectivités Territoriales. Angers (2002).

88 : Texte des recommandations élaborées par le jury de la Conférence de consensus « Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle ». 5^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 22 et 23 novembre 2001.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confagrsex/RecomLongues.html>

89 : Texte des recommandations élaborées par le jury de la Conférence de consensus « Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir ». 7^{ème} Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, 6 et 7 novembre 2003.

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confvictime/recomL.html>

90 : VAN GIJSEGHEM H. L'enfant mis à nu. L'allégation d'abus sexuel: la recherche de la vérité. Ed. Le Méridien, 1992.

91 : VIAUX J-L. Stratégie du sujet abuseur et formation de l'impensable. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2000 ; 48 : 343-350.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,