RECUEIL DES PHENOMENES DE MALTRAITANCES CHEZ DES ADOLESCENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE :

Rapport final – Réponse à appel d'offre ouvert ONED 2014

Décembre 2015

Promoteur

Institut Mutualiste Montsouris - 42, bd Jourdan – 75014 Paris

Responsables scientifiques du projet

Dr Marion ROBIN / Pr Maurice CORCOS

Investigateur- Coordonnateur

Dr Marion ROBIN

marion.robin@imm.fr

Autres membres de l'équipe associés au projet

David Sapinho (statisticien), Victoire Peres (psychologue de recherche)

Equipe soignante de l'unité de crise, équipe sociale du Département de psychiatrie

Lieu de l'étude

Institut Mutualiste Montsouris - 42, bd Jourdan – 75014 Paris

Département de Psychiatrie de l'adolescent

et du Jeune Adulte

Service du Pr Maurice CORCOS

maurice.corcos@imm.fr

TABLE DES MATIERES

1 RESUMÉ 3

2 ETAT DE LA QUESTION 3

2.1 CONTEXTE CLINIQUE DU QUESTIONNEMENT 3
2.2 MALTRAITANCE, ENFANCE ET ADOLESCENCE EN DANGER: QUELQUES REPERES, BEAUCOUP D'INCONNUES 5
2.2.1 Absence de consensus sur les définitions 5
2.2.2 Maltraitances en population générale 8
2.3 METHODES D'EVALUATION 9
2.4 ADOLESCENTS « MAL TRAITES » HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE 11
2.4.1 Approche catégorielle 12
2.4.2 Approche dimensionnelle 14
2.5 INTERET D'UNE APPROCHE A L'ADOLESCENCE 16

3 JUSTIFICATION DU PROJET 16

4 OBJECTIFS : 17

4.1 OBJECTIF PRINCIPAL 17
4.2 OBJECTIFS SECONDAIRES 17

5 METHODOLOGIE 18

5.1 DEROULEMENT DE L'ETUDE 18
5.1.1 Etape I 18
5.1.2 Etape II 18
5.1.3 Etape III 19
5.2 POPULATION D'ETUDE 19
5.2.1 Critères d'inclusion des sujets 19
5.2.2 Critères de non-inclusion des sujets 19
5.2.3 Nombre de sujets 19
5.3 ANALYSE QUALITATIVE DES 10 CAS CLINIQUES: 19
5.4 EVALUATIONS CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES TRANSVERSALES 20
5.4.1 Données socio-démographiques 20
5.4.2 Evaluation clinique 20
5.4.3 Evaluation psychopathologique: fonctionnement émotionnel 20
5.5 EVALUATION LONGITUDINALE 21

6 CONDUITE DE LA RECHERCHE 22

6.1 MODE ET LIEUX DE RECRUTEMENT 22
6.2 CALENDRIER DE LA RECHERCHE 22

7 ANALYSE STATISTIQUE 22

7.1 ANALYSE DESCRIPTIVE 22
7.2 ANALYSE COMPARATIVE 23

8 ASPECTS LEGAUX ET ETHIQUES 23

9 AVANCEES 23

9.1 AVIS FAVORABLES 23
9.2 ELABORATION DE L'ECHELLE 23
9.3 PREMIERE VERSION DE L'ECHELLE 24
9.4 COMMENTAIRES ET DISCUSSION 29
9.5 DEUXIEME VERSION DE L'ECHELLE 31
9.6 CONTENU DU DOSSIER CLINIQUE 35
9.7 CONTENU DE L'AUTOQUESTIONNAIRE 35
9.8 RECRUTEMENT 35
9.9 DONNEES DISPONIBLES AU TERME DE LA PHASE TRANSVERSALE DE L'ETUDE 36

10 DIFFICULTES RENCONTREES 36

10.1 DIFFICULTES LIEES A L'ETAT CLINIQUE DES PATIENTS 36
10.2 DIFFICULTES LIEES A L'INSTABILITE ADOLESCENTE 37
10.3 DIFFICULTES INSTITUTIONNELLES 38
10.4 DIFFICULTES LIEES AU RECUEIL DE L'INFORMATION 38

11 INFLEXIONS DE METHODE 39

11.1 DUREE DE RECRUTEMENT- TAILLE DE L'ECHANTILLON 39
11.2 CONTENU DES INFORMATIONS RECUEILLIES 39

12 RESULTATS DE L'ETUDE 40

12.1 DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON 40
12.1.1 Description générale 40
12.1.2 Profil médical à l'admission à l'hôpital : 41
12.1.3 L'hospitalisation : 42
12.1.4 Diagnostics, gravité : 43
12.2 PREVALENCE DES MALTRAITANCES A PARTIR DE NOTRE GRILLE DE RECUEIL: 44
12.3 COMPARAISON DES TAUX DE MALTRAITANCES A LA LITTERATURE : 47
12.4 INTERACTIONS FAMILIALES A RISQUE : 48
12.5 COMPARAISON AUX ADOLESCENTS NON MALTRAITES : 52
12.6 CORRELATIONS ENTRE ECHELLES 56
12.7 FONCTIONNEMENT EMOTIONNEL : 57
12.8 ASSOCIATIONS STATISTIQUES/ DISCUSSION METHOLOGIQUE : 57
12.9 ANALYSE QUALITATIVE A PARTIR DE 10 CAS CLINIQUES : 61

13 DISCUSSION 72

13.1 DEFINITIONS ET REDEFINITIONS 72
13.2 PREVALENCE GENERALE DES MALTRAITANCES ET DES INTERACTIONS FAMILIALES A RISQUE : 74
13.3 INTENSITE GENERALE DES MALTRAITANCES : 76
13.4 SOLLICITATION DES SERVICES SOCIAUX 76
13.5 SITUATION DE DANGER ET SOUFFRANCE SUBJECTIVE EXPRIMEE 79
13.6 LA PRESOMPTION DE LA REALITE DE LA MALTRAITANCE PAR LE PSYCHIATRE 80

14 SYNTHESE: PROPOSITION D'UNE DERNIERE VERSION DE L'ECHELLE AU TERME DE L'ETUDE 81

14.1 MALTRAITANCES INTRA- ET EXTRAFAMILIALES 85
14.2 AUTRES QUESTIONNEMENTS SOULEVES PAR CETTE RECHERCHE 87
14.2.1 Au sujet des termes maltraitance, abus, négligence 87
14.2.2 Au sujet des interactions familiales à risque 87
14.2.3 Au sujet de la fréquence des violences 88
14.3 LIMITES DE L'ETUDE 89

15 CONCLUSION 90

16 SYNTHESE 92

17 BIBLIOGRAPHIE 94

1 RESUMÉ

Pour rappel, cette étude avait pour objectifs :

- d'améliorer les connaissances des phénomènes de maltraitances en répertoriant, en décrivant et en analysant la pertinence de différents facteurs cliniques et d'environnement pour décrire ce qui pourra être appelé ou non « maltraitance », sous la forme d'une **grille de mesure exhaustive des maltraitances. La notion de maltraitance sera élargie à celle d' « interactions familiales à risque », incluant des notions cliniques et interpersonnelles plus larges**
- d'évaluer, à partir de cette échelle, la **prévalence des maltraitances physiques et psychologiques actuelles et passées** (ainsi que les diverses situations de danger relationnel) dont sont victimes ou auteurs les adolescents qui sont hospitalisés en psychiatrie, dans l'unité de crise du département de psychiatrie de l'adolescent de l'Institut Mutualiste Montsouris, sur une **durée de 12 mois**
- de **comparer le profil psychologique et psychiatrique des adolescents** dans le contexte de ces maltraitances à celui des adolescents non concernés par ces phénomènes
- ensuite, d'évaluer à 2 ans **le devenir des patients**

Cette étude se veut quantitative mais aussi qualitative et inclut une analyse de 10 cas, afin de questionner au cas par cas la pertinence pratique et clinique des critères envisagés.

2 ETAT DE LA QUESTION

2.1 Contexte clinique du questionnement

Pour rappel, cette étude s'inscrit dans le contexte de l'expérience clinique d'une unité de crise, dans laquelle de nombreux adolescents révèlent des situations de maltraitances, dont certaines ont une définition relativement consensuelle (abus sexuel, abus physique), et d'autres beaucoup moins (exigences narcissiques parentales extrêmes, relation intrusive, …). Les signalements ou informations préoccupantes, les transmissions entre collègues, qui s'en suivent exposent à la difficulté de communiquer sur les formes les moins consensuelles de

maltraitances, et nous ressentons un manque d'outils pour communiquer entre professionnels à ce sujet.

Parmi les patients hospitalisés à l'unité de crise de psychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris, de nombreux cas révèlent des situations de maltraitances au cours de l'adolescence, ou qui remontent à l'enfance, de tous niveaux d'intensité.

Pour environ 25% de ces patients, des signalements sont réalisés auprès des services sociaux ou judiciaires, avant ou pendant leur hospitalisation ; **mais les cas de maltraitance ou de situation de danger relationnel sont bien plus nombreux**, parfois de nature à être traités exclusivement par les soins psychiatriques, parfois d'intensité insuffisante pour justifier un signalement. De plus, un certain nombre de cas signalés ne donnent finalement pas lieu à mesure éducative alors que la maltraitance est importante mais de **nature psychologique** (en même temps que très difficile à soigner du fait par exemple d'un refus de soins par les parents). Ainsi, **les outils manquent** pour les professionnels pour décrire ce qu'ils observent et communiquer entre eux dans l'intérêt du patient.

Dans certains cas, **la maltraitance est encore plus difficile à décrire**, car elle sort des notions classiques regroupées sous le terme de « maltraitance », alors que les psychiatres les identifient comme des facteurs de risque importants de danger pour l'adolescent (par exemple : éducation parentale uniquement centrée sur le contrôle intrusif de tous les faits et gestes de l'enfant ou de l'adolescent). Les auteurs proposent donc d'introduire la notion de **« interactions familiales à risque »** dans ces nombreuses situations quotidiennes en psychiatrie de l'adolescent, et qui ne relèvent pas à proprement parler de la maltraitance.

Psychiatres, psychologues, éducateurs, travailleurs sociaux, juristes, connaissent en effet souvent les principaux facteurs de risque « socio-environnementaux » de maltraitances, mais moins les facteurs de risque psychologiques, intrafamiliaux, moins bruyants. Le but est d'identifier, au delà des situations manifestes de danger, ces facteurs de risque plus « discrets » mais dont les conséquences sont tout aussi sévères, afin de mettre tout en œuvre, et au plus tôt, dans un but de protection et d'accompagnement.

2.2 Maltraitance, enfance et adolescence en danger: quelques repères, beaucoup d'inconnues

2.2.1 Absence de consensus sur les définitions

L'absence de définition consensuelle des notions de **maltraitance ou d'enfance en danger** suffit pour justifier des recherches sur ce sujet complexe. La définition suivante, établie par l'OMS peut paraître ambiguë : « La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques, et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, *entrainant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance et de pouvoir* ». La nécessité d'un préjudice (dans une perspective finaliste) est-elle nécessaire pour définir un acte de « maltraitant » ? De même, le type de relation (de responsabilité, de confiance, de pouvoir) est-il un facteur nécessaire à la définition ou bien uniquement un facteur aggravant ?

En France, différentes sources proposent des définitions comparables de la maltraitance faite aux mineurs. Par exemple, le dictionnaire Larousse Médical propose la définition suivante :

« Toute violence physique, tout abus sexuel, tout sévice psychologique sévère, toute négligence lourde ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé de l'enfant et sur son développement physique et psychologique. »

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée définit l'enfant maltraité comme (Corbet, 2000) :

« Celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. »

Différents points sont mis en évidence dans ces définitions. D'abord les maltraitances se définiraient au travers d'actes commis et/ou omis. De plus, la question des conséquences physiques, psychologiques, et développementales est omniprésente, que ces conséquences soient potentielles ou réelles. Cela en fait un sujet d'étude de choix en termes de facteur de risque médical en général, psychiatrique en particulier.

La question de l'intention divise les auteurs. Certains considèrent qu'un enfant est victime même si les actes commis le sont par inadvertance, d'autres estiment qu'il faut qu'il y ait intention de faire du mal pour parler de maltraitance. Enfin, toutes les définitions s'accordent sur l'existence de différents types de maltraitances et définissent diverses catégories.

Nous décrirons les sous-types de maltraitance définit par l'OMS, communément décrits dans la littérature, à savoir (OMS, 2012) :

- La violence physique
- La violence sexuelle
- La violence psychologique/émotionnelle
- La négligence

La violence physique correspond aux actes commis qui entraînent ou risquent d'entraîner des dommages corporels chez l'enfant. La violence sexuelle correspond aux actes commis par un tiers sur un mineur pour en retirer du plaisir sexuel. La violence sexuelle inclut donc tous les actes allant du viol aux attouchements en passant par la participation de mineurs à des actes d'exhibition, de pornographie ou d'exposition à des violences sexuelles. La violence psychologique est certainement la plus difficile à définir. Elle inclut toutes les formes de mauvais traitements non physiques. C'est sans doute la notion la plus subjective, elle est définie par l'OMS comme *« le fait de ne pas veiller à offrir un environnement convenable et positif et de commettre des actes [non physiques] qui nuisent au développement affectif et à la santé de l'enfant »*. Par exemple, les humiliations, les insultes, les menaces, notamment d'abandon, le dénigrement et le fait de ridiculiser sont des formes de violences psychologiques ou émotionnelles. Enfin, on entend par négligences, ou privations de soins, le fait qu'un parent ou un tuteur ne parvienne pas à assurer un ou des besoins essentiels au développement de l'enfant. Il peut s'agir de besoins physiques (nutrition, hygiène, habillement, santé physique) mais aussi émotionnels (attention portée, affection, soutien éducationnel).

D'emblée, nous observons qu'un consensus semble se dessiner sur le fait que les maltraitances entrainent des conséquences dommageables sur le développement. En revanche, le fait que ces conséquences entrent dans la définition comme une condition de la maltraitance nous paraît critiquable au plus haut point. Comment alors définir des actes violents réalisés sur des enfants très résilients, qui ne gardent que peu de traces des blessures physiques ou psychologiques par rapport à d'autres, parce que plus solides ? Il nous semble que le raisonnement finaliste qui consiste à observer les conséquences pour définir les actes ne peut

s'entendre dans ce cas. En revanche, avoir constamment en tête les actes (réalisés ou omis) et les conséquences en parallèle, que ce soit en vue d'une évaluation du préjudice ou bien en vue d'une enquête sur la probabilité de l'acte, est une démarche qui nous paraît indispensable.

La maltraitance sur mineur peut prendre de nombreuses formes. Elle peut être aiguë et correspondre à un acte isolé, ou chronique, répétée. Un type de maltraitance n'exclut pas l'occurrence d'une ou d'autres formes de maltraitances pour un même enfant. Au contraire, elle en augmente le risque de survenue (Lau, 2005). Il est rarement précisé par ailleurs qu'une maltraitance sexuelle implique de fait une maltraitance physique et émotionnelle, alors que le contraire n'est pas vrai.

Dans cette étude, nous avons eu comme point de départ les cinq catégories utilisées le plus souvent dans la littérature internationale : abus sexuel, abus physique, abus émotionnel, négligence physique, négligence émotionnelle. Nous avons essayé d'utiliser les définitions les plus consensuelles de ces catégories.

Lors de l'évolution de notre travail, nous avons ensuite eu connaissance du projet européen en cours CAN via MDS (Child Abuse and Neglect via Minimum Data Set). Nos données étaient déjà relevées, mais nous avons souhaité poursuivre la réflexion au regard de cette grille de recueil, qui nous est apparu à plusieurs titres très utile. En effet, elle est déjà diffusée dans plusieurs pays européen, est exhaustive et consensuelle, notamment en se dégageant des intentions, des auteurs,… et en se centrant sur les actes. Dans cette perspective notamment, le terme de violences est préféré au terme d'abus, ce qui nous paraît tout à fait pertinent, notamment dans le cas de violences entre mineurs. Le terme de négligence est maintenu, et tenu équivalent au terme d'omission.

Les actes de violence commis sont de plusieurs natures :

1. Actes violents envers soi-même/ automutilations
2. Actes de violence physique
3. Actes de violence sexuelle
4. Actes de violence psychologique

Les actes de négligence comprennent :

1. Les omissions relatives à la négligence affective
2. Les omissions relatives à la négligence physique
3. Les omissions relatives à la négligence médicale

4. Les omissions relatives à la négligence éducative
5. Les omissions relatives à l'exposition au danger
6. Les omissions relatives à la supervision
7. Refus de garde/abandon

Cette grille ajoute aux autres la notion de violence envers soi-même. Cet item concerne nos patients au plus haut point, et nous avons au combien conscience cliniquement que cette violence retournée contre soi, est une violence bien présente, mais qui n'a pas pu être adressée à autrui pour diverses raisons.

Les trois autres catégories de violences reprennent les catégories classiques.

Concernant les négligences, les négligences médicales et éducatives sont distinguées des négligences physique et émotionnelle. L'exposition au danger et le manque de supervision ne sont effectivement pas légitimement catégorisés dans « négligences physiques ou émotionnelles ».

2.2.2 Maltraitances en population générale

Avant de s'intéresser à la représentation des mauvais traitements chez les mineurs en soins psychiatriques, il est important de mesurer l'ampleur du phénomène en population générale.

- D'après l'étude des données des agences de protection de l'enfance dans des pays dits à « hauts revenus » (Angleterre, Etats-Unis, Canada et Australie), les situations de maltraitance concerneraient **1,5% à 5% des enfants** (Gilbert, 2009).
- En France, le nombre de mineurs pris en charge par les services de protection de l'enfance était de 265 000 en 2007, soit **1,9% selon le rapport Violence et santé en France** (Beck, 2010).

Ces chiffres sous-estiment largement la prévalence des situations de maltraitance du fait de l'existence d'un grand nombre de situations non signalées.

Les estimations recueillies dans les études de victimisation retrouvent des chiffres allant de 4 à 16% pour les abus physiques, de 5 à 15% d'abus sexuels chez les garçons et de 5 à 30% chez les filles, de 1 à 15% pour les négligences graves et autour de 10% pour les abus psychologiques (Gilbert, 2009).

Bien que les chiffres varient d'un facteur 10 entre les deux types de travaux, l'ensemble des auteurs s'accordent à décrire une sous-estimation globale des situations de maltraitances quel que soit le mode d'évaluation.

Plus globalement, l'analyse de la revue de la littérature sur le sujet de l'enfance en danger amène plusieurs constats :

- En plus du manque d'une définition consensuelle du terme « maltraitance », celle-ci est nécessairement dépendante des représentations culturelles dans lequel le sujet évolue, et donc des changements sociétaux associés (comme la gestion des relations par internet).
- Les maltraitances sont systématiquement sous-évaluées par les professionnels. L'étendue des phénomènes est donc largement inconnue encore à l'heure actuelle.
- Des facteurs de risque sont identifiés mais ne sont pas assez précis. De plus, ils sont plutôt analysés du côté social (chômage des parents, bas revenus, …) que psychologique et permettent ainsi de penser d'autres politiques sociales mais aident peu à penser l'évolution de la clinique et des soins psychiatriques, ou bien des politiques de santé et de la famille.
- L'efficacité des mesures mises en place n'est le plus souvent pas évaluée, mais elle est si souvent jugée insuffisante que les professionnels hésitent même à les solliciter, pour ne pas nuire par l'inquiétude ou le sentiment de menace, ou bien par la création de faux espoirs selon. Il n'y a donc pas de consensus sur les indications de signalement au delà des cas définis clairement par la loi, ou bien dans l'interprétation des termes de la loi.

La convention relative aux droits de l'enfant des Nations Unies, et plus particulièrement l'article 19, demande que des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives soient prises pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, y compris les mauvais traitements et la négligence. Elle a incité à engager des réformes judiciaires dans de nombreux pays et créer des organismes officiels chargé de superviser ce sujet.

2.3 Méthodes d'évaluation

L'étude des phénomènes de maltraitance en psychiatrie se heurte logiquement aux difficultés de définition, ainsi qu'aux difficultés et à l'hétérogénéité des méthodes de mesure.

La seule certitude est sa sous-estimation par les professionnels. En particulier, si l'évaluation est menée suite à un seul entretien, elle serait sous-estimée à 50% (Fergusson, 2000).

Les études utilisent généralement deux types de méthodes. Les méthodes dites de victimisation correspondent à l'interrogatoire rétrospectif ou prospectif d'une population par le biais d'auto-questionnaires. Ces méthodes sont critiquées. Leurs résultats étant peu reproductibles dans le temps et les taux de maltraitance pouvant être minimisés du fait de mécanismes tels que le déni, le biais de mémorisation et l'embarras causé par ce genre d'évaluation (Fergusson, 2000). Les autres études utilisent les données recueillies par les professionnels confrontés aux situations de maltraitances (Benarous, 2014).

Selon Jean-Luc Viaux, l'évaluation du clinicien comporte trois niveaux d'analyse (Viaux, 2012):

1. **Le premier niveau** d'analyse correspond au contexte dans lequel sont accueillies les révélations. Tout d'abord l'origine de la plainte : par qui, à qui ? Le déroulement du dévoilement, notamment le délai par rapport aux actes dont il est question et les parties impliquées : mise en cause du milieu intrafamilial, extrafamilial, connu, inconnu ?
2. **Le deuxième niveau** est celui de l'organisation de la personnalité de la victime, de l'expression de sa souffrance, des symptômes psychiques observables. Ce deuxième niveau d'analyse fait le lien entre maltraitance et clinique psychiatrique et ne peut se penser qu'au regard de l'histoire globale du sujet. Il correspond aux conséquences cliniques des maltraitances sur l'individu.
3. Le témoignage est **le troisième niveau d'analyse**. Ce dernier niveau d'analyse met en perspective les considérations concernant la maturité intellectuelle, sexuelle, mnésique du témoin ou de la victime d'abus ou de négligences et le récit des mauvais traitements.

Pour Paul Durning, l'évaluation d'une situation de maltraitance repose sur l'observation directe et sur la recherche de facteurs supposés révélateurs : les facteurs de risques, les facteurs associés (éléments du contexte familial, social, attitudes parentales) et les supposées conséquences des mauvais traitements sont les éléments de l'évaluation (Durning, 2002).

Ces différents niveaux d'analyses soulignent un point essentiel de l'évaluation des maltraitances : tout comme l'évaluation clinique, elle est liée à la subjectivité de l'évaluateur. De plus, l'analyse s'intègre dans une temporalité et des circonstances environnementales. Elle

fait intervenir un entourage et implique des conséquences physiques et/ou psychiques. Pour évaluer une situation de maltraitance, il faudra donc tenir compte de l'ensemble de ces indicateurs dans un contexte culturel et social donné. La mission est délicate, basée sur l'incontournable intuition et sur une nécessaire objectivité. Rappelons enfin que les pédopsychiatres et les psychologues sont confrontés à de très nombreuses situations de dangers relationnels intrafamiliaux qui sont prises en compte sur le plan des soins psychiatriques mais n'entrent pas dans le cadre « classique » des situations de maltraitances. Cette dernière observation pointe les limites de la description actuelle des maltraitances et de ses catégories.

2.4 Adolescents « mal traités » hospitalisés en psychiatrie

En 2006, l'OMS a reconnu la maltraitance infantile comme un problème majeur de santé publique. De nombreuses études rétrospectives et prospectives mettent en évidence les conséquences médicales des mauvais traitements à court, moyen et long terme. Sur le plan psychiatrique, des associations avec diverses pathologies de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte sont décrites (Benarous, 2014). Les enfants maltraités sont surreprésentés dans les services de pédopsychiatrie (Kayser, 2011). Au-delà de cette prévalence, les enfants victimes présenteraient des troubles plus précoces, de moins bons pronostics, et répondant moins bien aux traitements (Teicher, 2013). En somme, les enfants maltraités seraient plus victimes de troubles mentaux plus sévères.

Des études montrent que la présence de maltraitance est un facteur de risque associé avec des conduites suicidaires, la dépression, les troubles du comportement alimentaire, le stress post-traumatique, une somatisation importante, des troubles de la personnalité, et l'abus de substance et l'alcoolisme – autant de cas de figure que nous retrouvons communément dans notre unité. Une étude en particulier a observé un lien fort entre maltraitance et des idéations suicidaires chez les patients adultes (n=120) hospitalisés en psychiatrie, en utilisant le CTQ, Childhood Trauma Questionnaire (Sfoggia, 2008).

Une autre étude réalisée dans l'unité pour adolescents des cliniques universitaires de l'hôpital Erasme en 2000 portant sur 110 adolescents, a observé que 23.4% des patients avait subis un abus sexuel, 38.7% des patients avaient été victimes de maltraitance (sans toutefois préciser le type). Ces abus physiques sont significativement corrélés avec la présence

d'antécédents psychiatriques familiaux, et la présence d'un trouble de personnalité de type borderline était souvent corrélée avec une histoire d'abus sexuel (Nicolis & Delvenne, 2007).

2.4.1 Approche catégorielle

Les pathologies psychiatriques se classent parmi les troubles les plus fortement associés aux différents types de maltraitances. D'après une méta-analyse de 2012 incluant 124 études, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire, les troubles des conduites, les troubles du comportement sexuel, les abus de toxiques et les tentatives de suicide sont associés aux antécédents de mauvais traitements avec un niveau de preuve élevé (Norman, 2012). Les résultats de cette méta-analyse sont résumés dans le tableau n°1, extrait de Benarous et coll. qui proposent une revue de la littérature sur les retentissements des mauvais traitements (Benarous, 2014).

Tableau n°1 : Résumé de la force de l'association entre différents types de maltraitances et la survenue de pathologies somatiques ou psychiatriques.

(Extrait de Benarous et al. 2014, d'après Norman et al. 2012)

Niveau de preuve		
Élevé	Faible/contradictoire	Limité
Abus physique		
Troubles dépressifs	Pathologie cardiovasculaire	Allergies
Troubles anxieux	Diabète de type 2	Cancer
Troubles du comportement alimentaire	Obésité	Pathologie neurologique
Trouble du comportement dans l'enfance/troubles des conduites	Hypertension	Malnutrition
Tentative de suicide	Tabagisme	Fibrome utérin
Abus de toxique	Ulcère	Rachialgie
MST/comportements sexuels à risque	Migraine/céphalées	Schizophrénie
	Arthrite chronique	Bronchite chronique/emphysème
	Abus d'alcool	Asthme
Abus émotionnel		
Troubles dépressifs	Troubles du comportement alimentaire	Pathologie cardiovasculaire
Troubles anxieux	Diabète de type 2	Migraine/céphalées
Tentative de suicide	Obésité	Schizophrénie
Abus de toxique	Abus d'alcool	
MST/comportements sexuels à risque	Tabagisme	
Négligence grave		
Troubles dépressifs	Trouble du comportement dans l'enfance/troubles des conduites	Migraine/céphalées
Troubles anxieux	Troubles du comportement alimentaire	Tabagisme
Tentative de suicide	Pathologie cardiovasculaire	Arthrite chronique
Abus de toxique	Diabète de type 2	Rachialgie
MST/comportements sexuels à risque	Abus d'alcool	
	Obésité	

Dans une approche de type catégorielle on retrouve ainsi une augmentation significative ($p<0.001$) du risque de survenue de troubles dépressifs pour tous les types de maltraitances avec des Odds Ratio (OR) allant de 1.54 (abus physique) à 3.06 (abus émotionnel) et 2.11 (négligences). De même, tous les types de maltraitances sont significativement associés à un risque élevé de développement d'un trouble anxieux (OR= 1.51 pour les abus physiques, 3.21 pour abus émotionnels et 1.82 pour les négligences) (Norman, 2012).

Le lien existe également entre la survenue d'abus et les troubles de personnalité, notamment borderline et antisociale. La spécificité du type de maltraitance sur la survenue d'un type de personnalité est encore discutée (Gibb, 2001). De nombreuses études retrouvent une forte association entre les mauvais traitements dans l'enfance et la survenue d'un trouble psychotique comme la schizophrénie. D'après une revue de la littérature de Read et coll., les symptômes hallucinatoires sont les plus spécifiques de cette association qui est retrouvée pour tous les types de maltraitances avec une relation dose-effet (Read, 2005). Pourtant ces résultats sont critiqués. Morgan et Fischer pointent des limites dans la méthodologie des études. La petite taille des échantillons et l'aspect chronique de la pathologie des patients inclus sont autant d'éléments qui nécessitent la confirmation des résultats par d'autres études (Morgan, 2006). Le débat est toujours d'actualité quant à la participation de facteurs traumatiques dans l'autisme.

Il existe enfin également un syndrome clé caractéristique de la survenue d'un traumatisme et qui constitue une entité à part entière dans les classifications internationales des maladies mentales : l'état de stress post-traumatique (ESPT). Une association entre l'ESPT et la survenue de maltraitances dans l'enfance a été montrée. En 1998, Ackerman et coll. observent qu'un tiers des enfants de 7 à 13 ans victimes d'abus ou de maltraitances physiques est atteint d'ESPT (Ackerman, 1998). En 1999 une étude retrouve une association entre les mauvais traitements dans l'enfance et le risque de survenue d'un ESPT vie entière. Cette étude prospective porte sur des individus ayant subi de mauvais traitements avant l'âge de 12 ans. Vingt ans plus tard, les sujets sont âgés de 29 ans en moyenne et on retrouve 23% d'ESPT en cas d'abus sexuel, 19% en cas d'abus physique, 17% en cas de négligence pour un score de 10% dans le groupe témoin (sans antécédent de maltraitance) (Widom, 1999).

2.4.2 Approche dimensionnelle

De nombreuses pathologies psychiatriques sont donc associées à des antécédents de mauvais traitements dans l'enfance. Ici encore, la question de la spécificité se pose et l'approche dimensionnelle semble pertinente. Certains auteurs ont abordé la question des conséquences psychiques des maltraitances non pas en termes de catégories diagnostiques mais en terme de dimensions cliniques et développementales.

Jean-Luc Viaux propose, au travers d'une revue de la littérature, une compilation des résultats relatifs aux trajectoires affectives et développementales perturbées par les maltraitances subies (Viaux, 2012, voir tableau n°2), notamment aux niveaux de l'expression émotionnelle et la réactivité au stimulus émotionnel, des processus perceptifs, du développement cognitif, les compétences sociales, de la constitution du Moi. Autant de domaines qui semblent perturbés dans des populations qui présentent des antécédents de maltraitances sexuelles, physiques et/ou des négligences.

De plus, McGee et coll. montrent une association entre les mauvais traitements et la présence de symptômes internalisés ($R=0.38$, $p<0.001$) et externalisés ($R=0.30$, $p<0.01$) dans un panel de 160 adolescents âgés de 11 à 17 ans et pris en charge par les services de protection de l'enfance (McGee, 1995). D'autres auteurs suggèrent une comorbidité entre les symptômes internalisés (somatisation, dépression, repli, anxiété) et externalisés (comportements antisociaux, agressivité) et les antécédents de mauvais traitements (Jourdan-Ionescu, 1997).

Tableau n°2 : Effets des mauvais traitements : négligences, violences et abus sexuels.

(Extrait du livre: Evaluations des maltraitances, entre prudence et rigueur – chapitre 4) (Viaux, 2012)

Effets à court terme (par rapport à des enfants non maltraités)		Mauvais traitements Abus sexuel (AS) Négligence (N) Violence (V)	Sources
Affectif	Attachement	Attachement de type atypique: pattern désorganisé/désorienté Bizarrerie dans la relation à autrui (interruption, blocage) Interactions pauvres avec leur mère	Schneider-Rosen, 1985 Carlson et al. 1989 Ethier, 1999 Schaeffer et Lewis, 1999
	Expression des émotions	Peu d'affects en général (N) / des affects négatifs (V) Hypervigilance, réactivité rapide aux stimuli agressifs Evitement face aux approches amicales Agressivité face aux expressions d'émotion de leurs pairs (V plus que N) ; attitude de colère, de rigidité face au moindre stress.	Gaensbauer et Hiatt, 1994 Lewis, 1992 ; Hennessy, 1994 Georges et Main, 1979 Prino et Perrot, 1994 Crittenden et Ainsworth, 1989
Développement	Image de soi	L'enfant perçoit ses compétences comme affaiblies avec plus de comportements négatifs que positifs: augmentation en focntion de l'âge (adolescence) (AS) / N plus en retrait que V/ suicidaire (AS, N, V) / Sentiment exprimé que la vie sera dure (adolescents)	Stelle, 1977 ; Kaufman et Cicchetti, 1989 ; Kinard, 1982; Prino et Perrot, 1994 ; Downs, 1993 ; Haesevoets, 1996; Famularo, 1990.
	Physique, moteur, perceptif	Retard de croissance (N) et de motricité en général, déficit de la coordination motrice	Kendirji et Jourdan-Ionescu, 1996 Hugues et DiBrezzo, 1987
	Intellextuel, cognitif, langagier	Développement intellectuel plus faible (intelligence verbale) Emission verbale plus courte des besoins et des sentiments	Trickett, 1993; Urquiza, 1994 Coster et Cicchetti, 1933
	Autonomie	Pas de distinction entre N et V, mais autonomie anxieuse de survie si N	Palacio-Quentin et Jourdan-Ionescu, 1994
	Compétences sociales	Retards dans l'acquisition des comportements adaptatifs	Trickett, 1993; Feldman et al. 1995
	Jeu	Retard développemental par rapport au jeu (surtout en ce qui concerne l'imitation et la participation) / Utilsiation moindre du jeu symbolique et préférence pour les jeux répétitifs solitaires	Howard, 1986 Allessandri, 1991
	Comportement et constitution du Moi	Hyperactivité, conduite d'opposition ou violence Problèmes d'internalisation (retrait) ou d'externalisation (agressivité) Difficulté à faire confiance à autrui	Famularo et al. 1992 Palacio-Quentin et al., 1995 Cicchetti, 1991
	Comportement en milieu scolaire	Problème d'adaptation plus sérieux pour N que pour V, inattentifs, sans initiative, anxieux et dépendants, peu empathiques et coopératifs, enfants impopulaires auprès des autres	Erickson et al., 1989

2.5 Intérêt d'une approche à l'adolescence

L'adolescence est une période de choix pour l'étude de l'impact des maltraitances. En effet, les adolescents sont la population la plus à risque d'abus sexuel et sont victimes de toutes les formes de maltraitances (Finkelhor, 1994). L'adolescence est souvent la période à laquelle se manifestent les conséquences des mauvais traitements, par le biais de décompensations psychiques et/ou par la révélation d'abus plus ou moins anciens. On retrouve dans la littérature de fortes associations entre les antécédents de maltraitances et les troubles psychiatriques de l'adolescent. Par exemple, Pelcovitz a montré que les adolescents victimes d'abus physiques sont à plus haut risque de dépression, de troubles anxieux, d'angoisses de séparation, d'état de stress post-traumatique et de troubles du comportement que leurs pairs non abusés (Pelcovitz, 2000).

De plus, le développement cérébral est impacté par les mauvais traitements. Les études retrouvent des altérations des activations amygdaliennes, et l'hypothèse d'une vulnérabilité génétique qui modulerait la plasticité neuronale en fonction des évènements de vie est avancée par certains auteurs (domaine de l'épigénétique). De nombreux déterminants biologiques seraient impliqués : des facteurs endocriniens et neurotrophiques comme l'ocytocine (Benarous, 2014). Le repérage précoce des signes de maltraitance qui impactent le développement cérébral et le développement de pathologies psychiatriques sont des enjeux de prévention dans cette population. Les adolescents constituent ainsi une cible thérapeutique privilégiée.

3 JUSTIFICATION DU PROJET

Les adolescents sont reconnus comme constituant la population la plus exposée aux violences sexuelles (Finkelhor, 1994), mais ils sont également victimes de toutes les autres formes de maltraitances. De plus, c'est souvent à cet âge que se manifestent les conséquences d'actes subis dans l'enfance (soit par le biais de décompensations - comportementales, physiques, psychiatriques - soit par révélation des actes après des années). La méconnaissance du sujet est importante, les outils insuffisants. La population adolescente suivie en psychiatrie est probablement l'une des plus pertinentes pour un recueil exhaustif des différentes formes de maltraitances ou de situations de danger relationnel.

4 OBJECTIFS :

4.1 OBJECTIF PRINCIPAL

- Etablir une **échelle nosologique de repérage des caractéristiques qualitatives et quantitatives des maltraitances et des interactions familiales à risque.** Cette échelle se voudra la plus exhaustive possible, et inclura à la fois les actes largement reconnus comme étant maltraitants, mais aussi les situations qui sont issues d'une analyse sémiologique plus fine, et qui nous paraissent, à partir de notre expérience clinique, à l'origine de conséquences délétères pour les patients (effet d'élargissement sémantique et clinique des concepts). Il s'agit par exemple d'un contexte familial préjudiciable : pathologie propre des parents, conceptions éducatives inadéquates comme l'isolement de l'enfant vis-à-vis de son monde social (déscolarisation, refus des contacts avec les pairs).

Cette échelle comprendra donc deux sections : maltraitances (violences et négligences) et interactions familiales à risque.

4.2 OBJECTIFS SECONDAIRES

- Mesurer **la prévalence des maltraitances actuelles et passées et des situations d'interactions familiales à risque chez des adolescents hospitalisés** en psychiatrie sur un an, à partir de l'échelle établie au préalable, et actualisée en fonction des données obtenues.
- **Identifier les profils psychiatriques** (sémiologie clinique, diagnostics) des adolescents grâce à un relevé systématique de ces éléments cliniques. Puis comparer les profils d'adolescents concernés par les maltraitances à ceux qui ne le sont pas.
- **Identifier les facteurs psychopathologiques émotionnels, individuels et familiaux, associés à ces maltraitances** par la passation d'échelles et de tests portant sur les émotions, les relations interpersonnelles (intra- et extrafamiliales) et les évènements de vie. Puis analyser les liens de corrélation statistique entre ces facteurs et les types de maltraitance identifiés.
- Enfin, en fonction des moyens disponibles, **évaluer à 2 ans l'évolution de la situation clinique de chaque adolescent qui a été hospitalisé** (ayant ou non été victime de maltraitances).

5 METHODOLOGIE

Il s'agit d'**étude transversale et longitudinale** qui visait à inclure **tous les patients de sexes masculin et féminin, âgés de 13 à 17 ans,** hospitalisés dans l'unité de crise du département de psychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris.

5.1 Déroulement de l'étude

5.1.1 Etape I

La première étape est une **phase préliminaire d'établissement d'une première trame de l'échelle de recueil des phénomènes de maltraitances**. Cette échelle se veut la plus exhaustive possible et est établie à partir de notre expérience clinique et de l'analyse rétrospective de dossiers de patients hospitalisés sur l'année 2013.

Notre expérience clinique nous a fait d'emblée associer à la notion de maltraitances un certain nombre de facteurs relationnels familiaux qui semblent être associés à la fois à la présence de maltraitances effectives et aux difficultés psychiques de l'adolescent. Par exemple, les relations intrusives d'un ou des parents envers l'adolescent, très fréquemment observées dans les interactions familiales, sont sources de souffrance importante et ne sont pas à proprement parler décrites comme une maltraitance avérée. Il existe de cette façon tout un champ de description de la nature des interactions familiales à risque de souffrance, de morbidité psychique, dont la place à côté des maltraitances est à discuter. La première étape à été de les recueillir, et dans un deuxième temps (et notamment en s'appuyant aussi sur l'échelle CAN-via-MDS), nous discuterons leur place au sein des maltraitances.

5.1.2 Etape II

Les patients sont inclus **lors de la phase transversale** au cours de leur hospitalisation. Pour chaque situation, le chercheur recueille toutes les données en rapport avec des situations de maltraitances en remplissant l'échelle de façon exhaustive.

Il recueille également les données cliniques issues de l'évaluation psychiatrique de la situation individuelle et familiale, dont :

- **socio-démographiques** : sexe, âge, fratrie, catégorie socio-professionnelle, scolarité
- **psychiatriques** : symptômes, diagnostic(s)
- **psychopathologiques** : fonctionnement émotionnel, relationnel, évènements de vie

Si les patients acceptent d'être inclus dans l'étude (et avec accord parental), ils remplissent des échelles psychopathologiques au cours de l'hospitalisation, et passent des tests expérimentaux portant sur les aspects émotionnels de leur personnalité, leurs relations aux autres. La durée totale de cette phase est de **12 mois** en tout.

5.1.3 Etape III

Ces patients et leurs parents seront ensuite recontactés téléphoniquement **à 2 ans de leur hospitalisation** (lorsqu'ils auront donné leur accord à la sortie)**,** afin d'évaluer **l'évolution clinique de chaque situation, ainsi que les mesures mises en place lors de l'hospitalisation ou après** (aménagement du mode de vie, soins, mesures éducatives, judiciaires,…).

5.2 Population d'étude

Le recrutement des sujets de cette étude sera fait parmi tous les patients mineurs successivement hospitalisés dans l'unité de crise du département de l'adolescent de l'Institut Mutualiste Montsouris, soit 100 patients par an environ.

5.2.1 Critères d'inclusion des sujets

- Jeunes hommes et jeunes femmes âgés de 13 à 17 ans,
- Recrutés lors leur hospitalisation,
- Acceptant de participer à l'étude et dont les parents acceptent également (pour les échelles et tests, et le suivi à 2 ans).

5.2.2 Critères de non-inclusion des sujets

- Incapacité à donner son consentement ou refus de participer

5.2.3 Nombre de sujets

Nous estimons à 100 le nombre de sujets nécessaires au minimum. Les perdus de vue seront limités au maximum par l'envoi de courriers et le rappel téléphonique des patients.

5.3 Analyse qualitative des 10 cas cliniques:

Afin de rendre compte du type d'activité clinique que nous prenons en charge, de tester la pertinence des différents critères d'évaluation que nous proposons, et d'explorer les

autres éléments importants à mettre en perspective pour une compréhension plus précise et une action plus efficace, nous avons choisi 10 vignettes cliniques parmi des patients soignés dans l'unité ou le Département.

Le critère de choix principal de ces cas a été la diversité des situations rencontrées du point de vue clinique surtout (troubles du comportement alimentaire, schizophrénie, autisme, dépression, tentative de suicide,…).

5.4 Evaluations cliniques et psychopathologiques transversales

5.4.1 Données socio-démographiques

Les données socio-démographiques sont recueillies en premier lieu. Elles sont relevées dans le dossier clinique de chaque patient.

5.4.2 Evaluation clinique

Les symptômes psychiatriques à l'entrée à l'hôpital sont recueillis de la façon la plus exhaustive et systématique dans un cahier de recherche pour chaque patient, à partir de son dossier clinique. Le(s) diagnostic(s) qui a/ont été porté(s) par le clinicien en charge du patient sera/sont reporté(s) au moment de la sortie.

5.4.3 Evaluation psychopathologique: fonctionnement émotionnel

Le fonctionnement émotionnel est apprécié à l'aide d'outils dont l'unité de recherche du Département de psychiatrie de l'adolescent de l'IMM a une grande habitude, et dont certains ont été développés au cours des précédentes recherches qui y ont été menées (comme le Réseau Européen d'Etude de la Personnalité Borderline à l'Adolescence, EURNetBPD). **L'échelle d'alexithymie** mesure la capacité du patient à identifier et décrire ses propres émotions. La pensée des patients alexithymiques est orientée sur l'extérieur, par défaut de pouvoir expérimenter et rapporter les émotions traversant le monde interne du sujet. L'alexithymie se mesure notamment grâce à un auto-questionnaire de 20 items, la TAS (Toronto Alexithymia Scale ; Bagby & Taylor, 1994). Ensuite, la notion d'**empathie**, capacité de se mettre à la place d'autrui est centrale dans la maltraitance, mais pas encore explorée. Les capacités d'empathie d'un sujet peuvent se mesurer, entre autres, par un auto-questionnaire comme l'IRI (Interpersonal Reactivity Index, Davis, 1994). **Les échelles de mesure des modalités d'attachement,** RQ/Relationship Questionnaire, RSQ/Relationship

Scales Questionnaire (Bartholomew, 1991) ont l'intérêt de déterminer quelle type de stratégie d'attachement chaque patient a mis en place au cours de sa vie. Des corrélations sont déjà largement établies avec les maltraitances (voir tableau n°2).

Enfin, **la reconnaissance des émotions faciales** est centrale dans tout type de communication humaine. La recherche actuelle est en train de mettre en évidence certains déficits de reconnaissance des émotions dans certaines pathologies psychiatriques, sans que l'on sache encore comment l'expliquer, ni à quoi ce déficit est lié (émotions internes, défaut de prise en compte d'autrui, …). La mesure de la reconnaissance émotionnelle faciale se fait entre autres par un test informatique, le Multimorph, au cours duquel le sujet doit reconnaître une émotion progressivement exprimée sur un visage par la technique de morphing (avec 6 émotions différentes, exprimées par 6 visages différents).

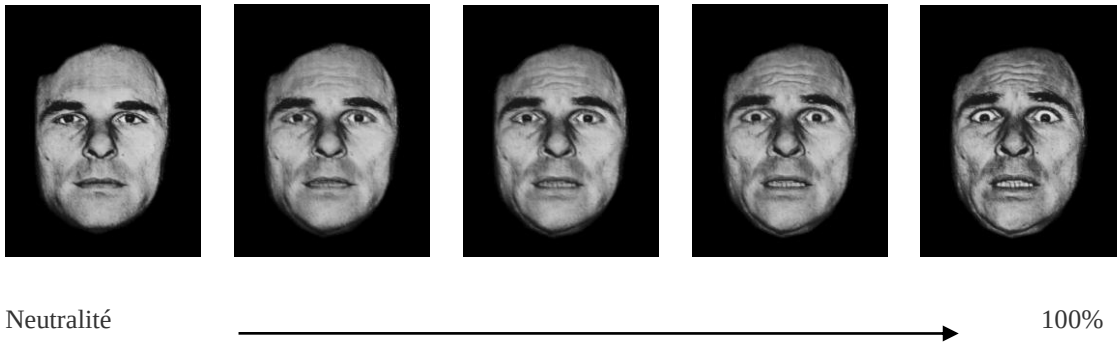


Fig.1 : MultiMorph. Exemple de la peur progressivement exprimée par un des six visages.

Ces différents outils, largement utilisés depuis des années chez l'adolescent, ont fait l'objet de nombreuses publications par l'équipe de recherche du Département (Robin et al., 2011, 2012).

5.5 Evaluation longitudinale

Cette évaluation se fera par un auto-questionnaire rempli par le patient et l'un de ses parents. Il comprendra des questions systématiques sur l'évolution du patient (données sociodémographiques, évènements de vie, nature des soins, mesures éducatives,…), ainsi que de sa qualité de vie (selon le questionnaire WHO-QOL de l'OMS, Sénécal, 1992) qui aura aussi été évaluée lors de la phase transversale.

6 CONDUITE DE LA RECHERCHE

6.1 Mode et lieux de recrutement

Les données cliniques concernant tous les patients sont relevées par un professionnel de la recherche (psychologue) directement intégré aux réunions de transmissions et de réflexion (réunions de synthèse) de l'équipe clinique de l'unité de crise.

Parmi ces patients, ceux qui donnent leur consentement reçoivent des questionnaires et passent des tests concernant leurs émotions, leurs relations, les évènements de leur vie (au sein du service, durée 1h30 environ en tout).

A 2 ans de la sortie d'hospitalisation, le patient et ses parents recevront un questionnaire à remplir sur l'évolution de l'état clinique et de la situation générale de vie de l'adolescent hospitalisé.

6.2 Calendrier de la recherche

Période des inclusions : de Juin 2014 à Mai 2015.
Premières analyses des résultats (étude transversale) : Juin 2015.
Fin de l'étude longitudinale Mai 2017. Analyse des données longitudinales : Juin-Septembre 2017.

7 Analyse statistique

L'ensemble des données est saisi et analysé à l'aide du logiciel informatique SPSS version 11.0 (Statistical Package for Social Sciences).

7.1 Analyse descriptive

- Pour les variables qualitatives, nous déterminons les fréquences de distribution de chaque variable.
- Pour les variables quantitatives, nous calculons un paramètre de tendance centrale : moyenne (m) et un paramètre de dispersion : l'écart type (ds) en étudiant l'allure de la distribution à l'aide d'histogrammes.

7.2 Analyse comparative

- Nous souhaitons ensuite explorer l'association entre certains facteurs psychopathologiques et la survenue de maltraitances par des liens de corrélations statistiques.

8 ASPECTS LEGAUX ET ETHIQUES

L'institut Mutualiste Montsouris est le promoteur de cette étude. Le responsable est le Professeur Corcos, psychiatre, chef du service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. L'investigateur principal-coordonnateur est le Dr Marion ROBIN, Psychiatre dans le même service.

Chaque sujet a été informé des objectifs et du mode de déroulement de la recherche, ainsi que du caractère non obligatoire de sa participation. Une fiche d'information et un formulaire de consentement pour la participation à une recherche biomédicale ont été remis préalablement à l'inclusion et signés par le sujet, ses parents et l'investigateur.

Dans la perspective d'un suivi à 2 ans, nous avons recueilli sur une « *Fiche d'information confidentielle* » les noms, adresse, téléphone des patients et de leurs parents. Cette fiche est manuscrite et conservée, ainsi que les consentements signés, dans un placard fermé au sein de l'Unité recherche du Département de Psychiatrie.

9 AVANCEES

9.1 Avis favorables

Un avis favorable de la **CNIL** ainsi que du **CPP Necker Ile-de-France II** (06/01/2014) ont été émis en premier lieu.

9.2 Elaboration de l'échelle

Une revue de la littérature sur les échelles de mesures des maltraitances a d'abord permis d'explorer les outils déjà existants, qui sont de plusieurs types :

- Autoquestionnaires portant sur les évènements traumatiques (ex : Adolescent Self-Report Trauma Questionnaire, Childhood Trauma Questionnaire,…)

- Autoquestionnaires portant sur les symptômes en lien avec le trauma (ex : Children's PTSD Inventory,…)
- Hétéroévaluations des évènements traumatiques (Child Abuse and Neglect Interview Scheduled, …)
- Hétéroévaluations cliniques des conséquences des traumas (ex : Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents), …

Nous n'avons pas trouvé initialement de grille de recueil non basée sur un entretien dirigé ou semi-dirigé, mais sur une hétéro-évaluation plus globale, permettant de ne pas se limiter aux questions posées au patient, et d'élargir sur une observation clinique, issu des entretiens du jeune, de ses parents mais aussi des interactions observées, familiales et extrafamiliales.

Une étude rétrospective sur les dossiers de 62 patients hospitalisés à l'unité de crise a été réalisée entre les mois de Mars et Juin 2014. Elle a permis de relever des données cliniques portant sur les critères qui nous semblaient correspondre à des situations de danger relationnel. Une première version de l'échelle a été élaborée puis remplie à partir de ces 62 dossiers de patients. Elle reprenait d'abord les critères les plus consensuels des échelles existantes, comme « a été l'objet de blessures physiques (ex : pincé, giflé, frappé, cheveux tirés, secoué, étranglé, étouffé, passé à tabac,…) », ou bien « a été l'objet d'abus sexuel avec contacts corporels sans pénétration ».

Au fur et à mesure des remplissages d'échelle, nous avons ajouté des critères qui n'étaient pas présents au début, comme le critère « A été l'objet d'une absence de protection de dangers environnementaux (exposition à des drogues, à la violence d'autrui,…) » ou bien « A été conditionné à vivre dans un climat de peur vis-à-vis du monde extérieur ».

9.3 Première version de l'échelle

La première version de la grille après recueil rétrospectif sur les 62 dossiers a été la suivante (nous exposons par simplicité la grille elle-même et la prévalence de chaque item) :

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES – VERSION 1
ADOLESCENTS EN SITUATION DE DANGER RELATIONNEL

Chaque situation est cotée selon 4 niveaux d'intensité :

0 : Critère **non présent** ou **non rapporté**
1 : Critère **présent une fois** ou **limité à de rares exemples isolés**
2 : Critère **présent de façon régulière**
3 : Critère présent de façon **quasi-permanente**

I. Abus physiques = 41.27% de patients concernés

Le patient :

		n	%
1.	A été l'objet de blessures physiques (ex : pincé, giflé, frappé, cheveux tirés, secoué, étranglé, étouffé, passé à tabac,…)	S1 | _15_ |	Si1 | 22.32 |
2.	A été menacé de blessures physiques (sans ou avec objet, type arme)	S2 | _8_ |	Si2 | _12.89_ |
3.	A été témoin de violences physiques dans son entourage proche	S3 | _14_ |	Si3 | _22.57_ |
4.	A été l'objet d'enfermement, de séquestration	S4 | _1_ |	Si4 | _1.61_ |
5.	A été exclu physiquement de son domicile (enfermé dehors)	S5 | _4_ |	Si5 | _6.44_ |
6.	A été obligé d'adopter certaines attitudes physiques (s'agenouiller, rester dans une position inconfortable, limitation des mouvements,…)	S6 | _3_ |	Si6 | _4.84_ |
7.	A été soumis à une atteinte de son intégrité physique dans l'intérêt d'autrui (prostitution, …)	S7 | _0_ |	Si7 | _0_ |

(nb : n = nombre de patients répondant à cet item, % de patients concernés sur le total de 62 patients)

II. Abus sexuels : 41.27% (au sens large), dont 17.7% au sens strict (attouchement, viol dont inceste)

Le patient :

		n	%
8.	A été l'objet d'abus sexuel avec contacts corporels sans pénétration	S8 | _6_ |	Si8 | _9.68_ |
9.	A été l'objet d'abus sexuel avec contacts corporels avec pénétration	S9 | _6_ |	Si9 | _9.68_ |
10.	A été l'objet d'un acte sexuel incestueux (intra-familial)	S10 | _3_ |	Si10 | _4.83_ |
11.	A été l'objet d'un climat incestuel concrétisé par des attitudes de séduction intrafamiliales	S11 | _4_ |	Si11 | _6.46_ |
12.	A été l'objet d'un climat incestuel concrétisé par un rapproché avec un membre de la famille pouvant mettre en difficulté (sans forcément de séduction explicite), par ex. climat de proximité intrusive	S12 | _18_ |	Si12 | _29.02_ |

13.	A été témoin de violences sexuelles dans son entourage proche	S13|_2_|	Si13|_1.61_|
14.	A été témoin de propos sexualisés inadaptés à son âge	S14|_5_|	Si14|_8.06_|
15.	A été incité verbalement à des activités sexuelles	S15|_4_|	Si15|_6.45_|
16.	A été soumis à des comportements exhibitionnistes	S16|_1_|	Si16|_1.61_|
17.	A été exposé à des images à caractère pornographique	S17|_0_|	Si17|_0_|

III. Abus émotionnels : 52.38%

Le patient :

		n	%
18.	A été disqualifié, dévalorisé, dénigré, calomnié, ridiculisé	S18|_18_|	Si18|_29.03_|
19.	A été insulté, injurié	S19|_13_|	Si19|_20.95_|
20.	A été discriminé par rapport à d'autres (pairs, fratrie, …)	S20|_8_|	Si20|_12.89_|
21.	A été humilié	S21|_10_|	Si21|_16.13_|
22.	A été culpabilisé	S22|_19_|	Si22|_30.63_|
23.	A été l'objet d'intimidations, ou de menaces d'intimidations	S23|_6_|	Si23|_9.68_|
24.	A été menacé d'être rejeté	S24|_16_|	Si24|_25.8_|
25.	A été l'objet d'exclusion, de rejet de la famille (sans forcément avoir été l'objet de violence verbale ni d'exclusion physique)	S25|_13_|	Si25|_20.97_|
26.	A été l'objet d'un abandon psychique et physique (exclusion du foyer)	S26|_12_|	Si26|_19.35_|
27.	A été l'objet d'une atteinte à l'image via l'utilisation de blogs, de réseaux sociaux, de téléphones, …	S27|_3_|	Si27|_4.84_|

IV. Négligences physiques: 17.46%

Le patient :

		n	%
28.	A été l'objet d'un défaut de soins corporels	S28|_8_|	Si28|_12.91_|
29.	A été l'objet d'un défaut d'apports alimentaires	S29|_7_|	Si29|_11.3_|
30.	A été l'objet d'un défaut de soins vestimentaires	S30|_7_|	Si30|_11.3_|
31.	A été l'objet d'un défaut de soins médicaux	S31|_9_|	Si31|_14.52_|
32.	A été l'objet de dommages corporels résultant du manque de supervision de parents (accidents domestiques, …)	S32|_1_|	Si32|_1.61_|

V. Négligences émotionnelles : 66.66%

Le patient :

		n	%
33.	A été livré à lui-même	S33 | _19_ |	Si33 | _30.65_ |
34.	A été témoin de conflits parentaux	S34 | _31_ |	Si34 | _50_ |
35.	A été l'objet de conflits parentaux	S35 | _25_ |	Si35 | _40.31_ |
36.	A un parent (ou les deux) en état de dépression, ayant réalisé une tentative de suicide, ou effectivement suicidé	S36 | _26_ |	Si36 | _41.95_ |
37.	A été l'objet d'une absence de protection de dangers environnementaux (exposition à des drogues, à la violence d'autrui,…)	S37 | _6_ |	Si37 | _9.67_ |
38.	A un parent (ou les deux) ayant des problèmes physiques et/ou psychiques difficilement compatibles avec les responsabilités éducatives	S38 | _27_ |	Si38 | _43.55_ |

VI. Interactions familiales à risque : 71.43%

Le patient :

		n	%
39.	A été l'objet d'incohérences éducatives	S39 | _27_ |	Si39 | _43.55_ |
40.	A été l'objet d'exigences démesurées (notes, compétences dans différents domaines, autonomie, …)	S40 | _28_ |	Si40 | _45.11_ |
41.	A été l'objet d'invalidation de ses émotions propres	S41 | _23_ |	Si41 | _37.09_ |
42.	A été l'objet d'un manque d'encouragements, de reconnaissance	S42 | _13_ |	Si42 | _20.96_ |
43.	A été l'objet d'une absence de cadre (limites imposées)	S43 | _18_ |	Si43 | _29.03_ |
44.	A été exposé à des enjeux de loyauté entre les parents	S44 | _19_ |	Si44 | _30.64_ |
45.	A été exposé à un climat de disqualification d'un ou des parents	S45 | _19_ |	Si45 | _30.64_ |
46.	A été l'objet de menaces suicidaires exprimées par un parent	S46 | _15_ |	Si46 | _24.17_ |
47.	A été qualifié comme une personne mauvaise	S47 | _14_ |	Si47 | _22.58_ |
48.	A été qualifié comme une personne dangereuse pour autrui	S48 | _14_ |	Si48 | _22.58_ |
49.	A été conditionné à vivre dans un climat de peur vis-à-vis du monde extérieur	S49 | _7_ |	Si49 | _11.29_ |
50.	A été l'objet d'un isolement de son monde social (déscolarisation, refus des contacts avec les pairs, des loisirs,…)	S50 | _5_ |	Si50 | _8.07_ |
51.	A été l'objet d'un surinvestissement parental à des fins narcissiques (mesures éducatives rigides, enseignement,…)	S51 | _18_ |	Si51 | _29.02_ |
52.	A été l'objet d'un conditionnement centré sur les comportements à risque	S52 | _4_ |	Si52 | _6.45_ |

53.	A été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la recherche de symptômes physiques	S53|_1_|	Si53|_1.61_|
54.	A été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la recherche de symptômes psychiques	S54|_5_|	Si54|_8.07_|
55.	A été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la création de symptômes physiques ou psychiques (syndrome de Münchausen)	S55|_2_|	Si55|_3.22_|

VII. Autres facteurs

- **Degré de vraisemblance médicale (concerne les actes rapportés)**

Probabilité d'existence des actes rapportés, cohérence des versions entre les auteurs, victimes et témoins, le jeune et ses parents, et surtout au vu du bilan médico-psychologique.

56 . La (les) situation(s) rapportée(s) paraît (paraissent) après évaluation clinique :

Invraisemblable(s) = 0 -> 22.58%

Peu vraisemblable(s) = 1 -> 3.22%

Vraisemblable(s) = 2 -> 11.29%

Très vraisemblable(s) = 3 -> 62.91%

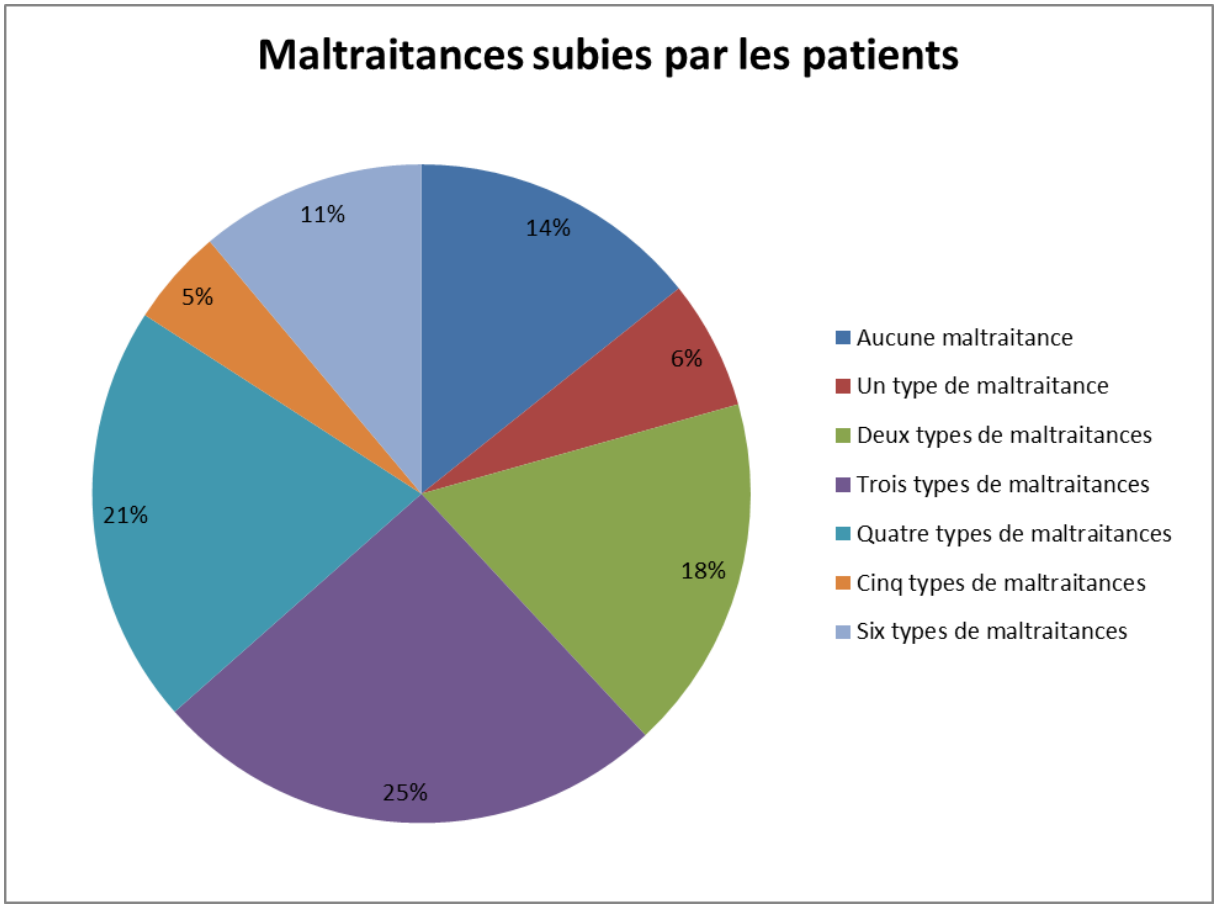
- **Relation entre auteur et victime**

Indiquer la (les) personne(s) concernées par les actes décrits par un chiffre 1 :

57.	Un parent	S57|n=16 ; 25.8%|
58.	Deux parents	S58|n=31 ; 50%|
59.	Un membre de la fratrie	S59|n=3 ; 4.84%|
60.	Un membre de la famille élargie	S60|n=3 ; 4.84%|
61.	Tuteur(s)	S61|n=2 ; 3.23%|
62.	Enseignants	S62| n=2 ; 3.23%|
63.	Pairs	S63|n=12 ; 19.35%|
64.	Voisinage	S64|n=3 ; 4.84%|
65.	Personne inconnue, sans aucun lien avec le patient	S65|n=2 ; 3.23%|

Par ailleurs, le cumul de maltraitances (en incluant les interactions familiales à risque comme la 6ème catégorie par simplicité) se répartissait de la façon suivante :

- 14.28 % de patients n'ayant subi aucune maltraitance
- 6.34 % de patients ayant subi un type de maltraitance
- 17.46 % de patients ayant subi deux types de maltraitances
- 25.39 % de patients ayant subi trois types de maltraitances
- 20.63 % de patients ayant subi quatre types de maltraitances
- 4.76 % de patients ayant subi cinq types de maltraitances
- 11.11 % de patients ayant subi six types de maltraitances



9.4 Commentaires et discussion

L'expérience de ce recueil d'informations a amené à plusieurs constatations :

- Premièrement, comme attendu en rapport avec nos constatations cliniques, les chiffres sont plus élevés que ce qui est décrit dans la littérature. Les maltraitances

sont sur-représentées chez les patients en psychiatrie, surtout les maltraitances émotionnelles.

- Concernant la faisabilité, le questionnaire paraissait relativement long à remplir. Si ces données étaient, comme à ce moment, les seules à recueillir, cela est concevable, mais incluses dans une étude de recueil plus complète, la faisabilité était moyenne.
- Les données manquantes ont été considérées comme un non évènement maltraitant, ce qui est faux du point de vue de la réalité de l'adolescent, mais qui garde sa logique dans un contexte de grille de recueil de ce qui « a été rapporté ou observé ». L'information n'ayant pas été cherchée activement autrement que dans la logique des soins, les données manquantes n'ont pas la même valeur que dans une étude épidémiologique. De plus, de ce point de vue, les items directement observables et les items issus d'évènements non observables n'ont pas le même statut et créent une inégalité de valeurs de données (par exemple avoir été victime d'abus et le rapporter, ou bien être systématiquement traité de coupable de tous les maux de la famille devant le psychiatre en entretien).
- Ensuite, les items se sont révélés trop précis par rapport au bénéfice obtenu. Il est très difficile de différencier un comportement d'enfermement au domicile, d'une exclusion du domicile, d'une menace de coups ou de coups réels, ainsi que l'âge de survenue de chacun. Le climat d'un abus physique paraît plus pertinent à décrire que ses détails, en tout cas, du point de vue du psychiatre, pour qui la discrimination entre tous ces évènements n'aboutira pas nécessairement à des décisions médicales différentes. C'est plutôt l'intensité globale du sévice qui a paru pertinente à évaluer et à retenir ainsi que les personnes concernées (qui ne sont pas détaillées par type d'abus dans cette première version de la grille). Les abus physiques ont donc été regroupés, ainsi que les abus émotionnels, les négligences physiques et émotionnelles. Les abus sexuels sont restés séparés en 4 sous-catégories : viols, attouchements, inceste, témoin de violences sexuelles.
- Les âges ont été regroupés pour simplification en 3 catégories cliniquement significatives (petite enfance, enfance, adolescence) : 0-6 ans/6-12ans/13-18ans.
- Nous avons ajouté des items sur les auteurs des maltraitances rapportées pour chaque type de maltraitance, ce qui manquait dans la première version, trop floue sur ce point.

- Nous avons enfin ajouté un item concernant les fréquences de chaque sous-type de maltraitances (actes répétés).

9.5 Deuxième version de l'échelle

Au vu de cette première expérience et de ses résultats, l'échelle a évolué de la façon suivante, sans différenciation des items intra-groupes, mais en gardant les mêmes définitions globales pour chaque groupe :

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES – VERSION 2
ADOLESCENTS EN SITUATION DE DANGER RELATIONNEL

1/ ABUS ET NEGLIGENCES

1.	**Notion d'un abus sexuel :**		non = 0 oui = 1	D26 | __ |
	- Si OUI :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	non = 0 oui = 1	D27 | __ |
		6-11 ans	non = 0 oui = 1	D28 | __ |
		12-18 ans	non = 0 oui = 1	D29 | __ |
		- Fréquence : **Une fois = 1 Plusieurs fois = 2**		D30 | __ |
		- Degré de vraisemblance : **Faible = 1 Important = 2**		D31 | __ |
		- Nature : Attouchement	non = 0 oui = 1	D32 | __ |
		Viol	non = 0 oui = 1	D33 | __ |
		Inceste	non = 0 oui = 1	D34 | __ |
		Témoin de violences sexuelles	non = 0 oui = 1	D35 | __ |
		- Auteur(s) : **Un parent :**	non = 0 oui = 1	D36 | __ |
		Deux parents :	non = 0 oui = 1	D37 | __ |
		Un membre de la fratrie :	non = 0 oui = 1	D38 | __ |
		Un membre de la famille élargie:	non = 0 oui = 1	D39 | __ |
		Un tuteur :	non = 0 oui = 1	D40 | __ |
		Enseignant, encadrant :	non = 0 oui = 1	D41 | __ |
		Un pair :	non = 0 oui = 1	D42 | __ |
		Un membre du voisinage :	non = 0 oui = 1	D43 | __ |
		Personne sans lien avec le patient, inconnue	non = 0 oui = 1	D44 | __ |

2.	**Notion d'un abus physique :**		non = 0 oui = 1	D45 | __ |
	- Si OUI :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	non = 0 oui = 1	D46 | __ |

		6-11 ans	non = 0 oui = 1	D47 | __ |
		12-18 ans	non = 0 oui = 1	D48 | __ |
		- Fréquence : **Une fois = 1 Quelques fois = 2 Répété = 3**		D49 | __ |
		- Intensité : **Sans blessure = 1 Blessures physiques = 2**		D50 | __ |
		- Auteur(s) : **Un parent :**	non = 0 oui = 1	D51 | __ |
		Deux parents :	non = 0 oui = 1	D52 | __ |
		Un membre de la fratrie :	non = 0 oui = 1	D53 | __ |
		Un membre de la famille élargie:	non = 0 oui = 1	D54 | __ |
		Un tuteur :	non = 0 oui = 1	D55 | __ |
		Enseignant, encadrant :	non = 0 oui = 1	D56 | __ |
		Un pair :	non = 0 oui = 1	D57 | __ |
		Un membre du voisinage :	non = 0 oui = 1	D58 | __ |
		Personne sans lien avec le patient, inconnue	non = 0 oui = 1	D59 | __ |

3.	**Notion d'un abus émotionnel :**		non = 0 oui = 1	D60 | __ |
	- Si OUI :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	non = 0 oui = 1	D61 | __ |
		6-11 ans	non = 0 oui = 1	D62 | __ |
		12-18 ans	non = 0 oui = 1	D63 | __ |
		- Fréquence : **Une fois = 1 Quelques fois = 2 Répété = 3**		D64 | __ |
		- Intensité : **Relativement faible = 1 Majeure = 2**		D65 | __ |
		- Auteur(s) : **Un parent :**	non = 0 oui = 1	D66 | __ |
		Deux parents :	non = 0 oui = 1	D67 | __ |
		Un membre de la fratrie :	non = 0 oui = 1	D68 | __ |
		Un membre de la famille élargie:	non = 0 oui = 1	D69 | __ |
		Un tuteur :	non = 0 oui = 1	D70 | __ |
		Enseignant, encadrant :	non = 0 oui = 1	D71 | __ |
		Un pair :	non = 0 oui = 1	D72 | __ |
		Un membre du voisinage :	non = 0 oui = 1	D73 | __ |
		Personne sans lien avec le patient, inconnue	non = 0 oui = 1	D74 | __ |

4.	**Notion de négligences émotionnelle par la famille :**		non = 0 oui = 1	D75 __
	- Si OUI :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	non = 0 oui = 1	D76 __
		6-11 ans	non = 0 oui = 1	D77 __
		12-18 ans	non = 0 oui = 1	D78 __
		- Intensité : **Ponctuel = 1 Quelques fois = 2 Répété = 3**		D79 __
		- Auteur(s) : **Un parent :**	non = 0 oui = 1	D80 __
		Deux parents :	non = 0 oui = 1	D81 __

5.	**Notion de négligences physiques par la famille :**		non = 0 oui = 1	D82 __
	- Si OUI :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	non = 0 oui = 1	D83 __
		6-11 ans	non = 0 oui = 1	D84 __
		12-18 ans	non = 0 oui = 1	D85 __
		- Intensité : **Ponctuel = 1 Quelques fois = 2 Répété = 3**		D86 __
		- Auteur(s) : **Un parent :**	non = 0 oui = 1	D87 __
		Deux parents :	non = 0 oui = 1	D88 __

2/ INTERACTIONS FAMILIALES A RISQUE

A côté des situations de maltraitances, qui décrivent donc des actes et des omissions, nous avons ajouté pêle-mêle ces facteurs associés aux situations de maltraitance, parce que les pédopsychiatres et psychologues sont confrontés à de très nombreuses situations à risque relationnel (surtout intrafamiliales) qui sont prises en compte sur le plan des soins psychiatriques mais n'entrent pas dans le cadre « classique » des situations de maltraitances. Ces critères représentent plus souvent des climats relationnels que des actes en eux-mêmes. Ils sont explicités plus loin.

Inexistant = 0	**Présent, faible intensité = 1**	**Présent, de façon significative = 2**	**Très présent = 3**
1.	Difficultés de séparation manifestes de l'enfance	**de 0 à 3**	D1 __
2.	Intensité des conflits entre les parents	**de 0 à 3**	D2 __
3.	Conflits entre les parents centrés sur l'adolescent	**de 0 à 3**	D3 __
4.	Climat de disqualification d'un ou des parents	**de 0 à 3**	D4 __
5.	Enjeu de loyauté de l'adolescent entre ses deux parents, ou entre parents et grands parents	**de 0 à 3**	D5 __
6.	Education parentale rendue compliquée par une (des) pathologies	**de 0 à 3**	D6 __

Inexistant = 0	**Présent, faible intensité = 1**	**Présent, de façon significative = 2**	**Très présent = 3**
	somatiques d'un/des parents		
7.	Education parentale rendue compliquée par une (des) pathologies psychiatriques d'un/des parents	**de 0 à 3**	D7 __
8.	Capacités familiales de protection contre les dangers (drogues,...)	**de 0 à 3**	D8 __
9.	Capacités parentales de fixation d'un cadre à l'adolescent (limites imposées,…)	**de 0 à 3**	D9 __
10.	Climat familial incluant des relations d'emprise	**de 0 à 3**	D10 __
11.	Climat familial incluant des exigences fortes ou démesurées	**de 0 à 3**	D11 __
12.	Climat familial incluant un conditionnement centré sur les relations à risque	**de 0 à 3**	D12 __
13.	Climat incestuel, attitudes de séduction intrafamiliales	**de 0 à 3**	D13 __
14.	Climat de proximité intrusive dans la famille vis-à-vis de l'adolescent	**de 0 à 3**	D14 __
15.	Adolescent qualifié comme une personne mauvaise	**de 0 à 3**	D15 __
16.	Adolescent qualifié comme une personne dangereuse pour autrui	**de 0 à 3**	D16 __
17.	Adolescent ayant été l'objet de menaces suicidaires exprimées par un parent	**de 0 à 3**	D17 __
18.	Adolescent ayant été conditionné à vivre dans un climat de peur vis-à-vis du monde extérieur	**de 0 à 3**	D18 __
19.	Adolescent ayant été l'objet d'un isolement de son monde social (déscolarisation, refus des contacts avec les pairs, des loisirs,…)	**de 0 à 3**	D19 __
20.	Adolescent ayant été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la recherche de symptômes physiques	**de 0 à 3**	D20 __
21.	Adolescent ayant été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la recherche de symptômes psychiques	**de 0 à 3**	D21 __
22.	Adolescent ayant été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la création de symptômes physiques ou psychiques (syndrome de Münchhausen)	**de 0 à 3**	D22 __

Le recueil de notre étude a été réalisé à partir de cette grille. C'est seulement ensuite que nous avons pris connaissance du projet européen en cours 'Coordinated response to Child Abuse and Neglect via minimum dataset (CAN-via-MDS)', qui propose un outil simple d'emploi, fondé sur une dizaine d'indicateurs de recueil des phénomènes de maltraitances. Cet outil complète les items que nous avions inclus en étant plus exhaustif (par exemple, l'item 'manque de protection vis-à-vis des dangers' de notre échelle est inclus dans la catégorie 'omissions' de la CAN-via-MDS), ou 'refus de garde/abandon' (cas non rare des

parents qui annoncent à l'entrée à l'hôpital qu'ils ne veulent plus de cet adolescent dans leur maison à la sortie des soins, et qui réitèrent ce rejet même après un temps de séparation, ou bien des nombreux adolescents qui n'ont pas eu de nouvelles de leur père depuis des années). A l'inverse, il existe quelques items de maltraitance de notre échelle qui ne sont pas compris dans la CAN-via-MDS. Par exemple, l'item 'exclusion physique du domicile (être enfermé dehors)' pourrait entrer dans la catégorie 'actes de violences aussi reconnus comme pratiques préjudiciables'.

Globalement, il existe un degré important de recouvrement entre notre échelle issue des critères classiques utilisé dans la littérature internationale et celle de la CAN-via-MDS. La suite de l'élaboration de notre échelle s'est donc par la suite plus concentrée sur l'adaptation de la CAN-via-MDS aux besoins des psychiatres et inversement, ainsi que sur la différenciation des items inclus dans les violences et négligences d'une part et les interactions familiales à risque d'autre part.

9.6 Contenu du dossier clinique

La version finale du dossier clinique contenait :

- Les données sociodémographiques (âge, origine, niveau socioculturel, scolarité)
- Les antécédents personnels et familiaux
- Les éléments du parcours de soins (traitements, hospitalisations, consultations, projet de sortie,…)
- Les symptômes à l'entrée à l'hôpital et le(s) diagnostic(s) posé(s)
- Le niveau global de fonctionnement (Echelle Globale de Fonctionnement du DSM, et l'Impression Clinique Globale).

9.7 Contenu de l'autoquestionnaire

La version finale de l'autoquestionnaire contenait :

- Les échelles d'attachement RQ, RSQ et ECR
- L'échelle d'empathie IRI
- L'échelle d'alexithymie TAS-20

9.8 Recrutement

- 90 patients ont été hospitalisés sur la période que recouvre cette étude. Parmi eux, cinq patients ont été hospitalisés deux fois.
- Une patiente était âgée de 12 ans et n'a pas été incluse.
- 8 patients étaient majeurs (ils ont été inclus quand même, voir ci-dessous).
- 6 patients sont sortis prématurément, c'est-à-dire avant la fin de la première semaine de soins, rendant toute évaluation impossible.
- 5 dossiers n'ont pu être remplis en temps utile, par manque de temps disponible dans le rythme de la crise, rendant après coup un biais de mémorisation trop probable.

9.9 Données disponibles au terme de la phase transversale de l'étude

- 74 dossiers cliniques ont été remplis
- 64 questionnaires ont été distribués (l'état des autres patients a rendu impossible la remise du questionnaire jusqu'à la sortie)
- 47 questionnaires ont été rendus par les patients, dont 5 ont été remplis partiellement
- 45 patients ont participé à l'étude expérimentale de reconnaissance des émotions faciales, dont deux patients de façon à ce que les résultats soient d'emblée inexploitables (instabilité majeure)

10 DIFFICULTES RENCONTREES

Les difficultés rencontrées dans cette étude sont de plusieurs ordres :

10.1 Difficultés liées à l'état clinique des patients

L'unité de crise pour adolescents de l'institut Mutualiste Montsouris est un lieu où les patients sont hospitalisés dans un moment clinique aigu. Ils sont dans un état qui les empêchent d'être adaptés au monde extérieur, à leur scolarité notamment, y compris d'avoir un suivi psychiatrique ambulatoire (consultation, hôpital de jour,…). Ces patients sont hospitalisés dans un temps relativement court au regard des missions de soins : faire le bilan des troubles psychiques (parfois à l'aide de tests psychologiques longs), physiques (bilan psychomoteur,…), ainsi que le bilan social, indiquer ou non un traitement médicamenteux, une prise en charge thérapeutique particulière (art-thérapie, psychothérapie, soins corporels, psychomotricité, …), organiser le retour à la vie extérieure dans des conditions acceptables.

L'hospitalisation a, entre autres, pour but de les protéger d'eux-mêmes ou des autres dans ce moment très instable.

La première difficulté rencontrée est donc liée à la nature des symptômes présentés par les patients de cette unité. Parfois trop abattus, déprimés, fatigués, ou agités, avec des troubles de l'attention tels qu'ils ne peuvent se concentrer sur une tâche plus de quelques minutes, la recherche passe alors au second plan. L'équipe – très justement – privilégiant la prise en charge et le repos du patient. Le projet de recherche, pour cette raison prévisible a souhaité privilégier une étude la plus naturalistique possible pour interférer au minimum avec le projet de soins. Pour cette raison notamment, nous avons exclu d'emblée le recueil des maltraitances par des auto-questionnaires ou des entretiens dirigés, car les informations recueillies auraient pu changer l'ordre des soins habituellement pratiqués, dont nous souhaitons qu'ils soient au plus proche des besoins des patients, et prenant en compte le temps de maturité nécessaire pour un patient pour faire une révélation de maltraitances. Certains le font à la troisième hospitalisation et avaient besoin de connaître bien les soignants avant cela par exemple.

Trop proche de l'admission à l'hôpital, les patients pouvaient être plus déprimés, ou plus agités, mais ensuite, ils avaient plus de probabilité d'avoir un traitement médicamenteux (qui interfère par exemple sur la concentration ou sur la tâche de reconnaissance d'émotions faciales). En fin d'hospitalisation, les patients sont moins enclins à participer, moins disponibles en temps, plus tournés vers l'extérieur, les projets, … Après un entretien familial, ils pouvaient être démotivés, découragés ou trop éprouvés. Trouver le moment adéquat a souvent été un jonglage éthique, institutionnel, ou organisationnel.

Une fois sortis de l'hospitalisation, les patients que nous avons sollicités par courrier pour remplir le questionnaire oublié ou tout simplement envoyer l'autoquestionnaire rempli ont exceptionnellement répondu. Le temps de la crise, une fois passé, semble logiquement vouloir être oublié rapidement, la participation à la recherche avec…

10.2 Difficultés liées à l'instabilité adolescente

La plupart des adolescents ont montré une certaine motivation pour participer à la recherche, mais une fois confrontés aux tâches proposées, certains ont préféré annuler leur engagement, comme cela peut arriver (plus fréquemment) à cet âge.

10.3 Difficultés institutionnelles

L'inégale implication de l'équipe affectée au projet a été une source de difficultés (remplissage des dossiers patients, feuilles d'information à donner aux parents, consentements,…). De plus, cette recherche était une première dans une équipe soignante d'une grande expérience, mais avec de grandes habitudes également. L'arrivée de la recherche dans le parcours de soins du patient a parfois donné lieu à des conflits éthiques sur le fait de demander des efforts supplémentaires aux patients ou aux parents, notamment parfois après un entretien familial délicat. Mettre l'équipe de soins en situation demandeuse a été particulièrement compliqué dans ces cas. Enfin, les difficultés ont pu avoir lieu au cours des différents temps de réalisation de la recherche : remise des documents d'information à l'admission (au moment le plus aigu et souvent le plus agité), recueil des consentements oraux, puis écrits, remise du questionnaire, passation de l'épreuve de reconnaissance émotionnelle faciale.

10.4 Difficultés liées au recueil de l'information

Cette étude a volontairement cherché à évaluer les maltraitances, non de façon épidémiologiques à l'image de la population générale, mais telles qu'elles s'expriment en psychiatrie. Dans un grand nombre de cas, les patients ou plus rarement les parents les rapportent, dans d'autres cas, nous les observons directement (abus et négligences émotionnelles, climat incestuel,…), mais il nous a paru important de ne pas chercher de systématisme dans ce recueil pour plusieurs raisons. D'abord, pour ne pas biaiser le projet de soins. Le risque serait que le patient comprenne que notre principale préoccupation pourrait être celle-là et s'oriente naturellement vers l'élaboration de ces problématiques, alors même qu'elles ne le concernent pas ou pas à ce moment de sa vie. Il nous paraît important de privilégier la notion de moment pour révéler une maltraitance, mais par contre, d'être toujours disponible et sensible pour aider à sa révélation, et ensuite d'agir au plus vite dès que nécessaire. Les évènements de vie n'ont donc pas non plus être recueillis en auto-questionnaires (car il aurait fallu y inclure les actes de maltraitances) et leur relevé n'est pas systématique, ce qui induit des biais importants. Nous avons cependant une bonne visibilité des ruptures relationnelles fréquentes que les adolescents ont traversées par le recueil général de leur histoire de vie, ainsi que de leurs antécédents familiaux, notamment psychiatriques.

11 INFLEXIONS DE METHODE

11.1 Durée de recrutement- Taille de l'échantillon

Du fait des difficultés institutionnelles rencontrées, la durée du recrutement n'a pas pu être allongée pour arriver à un chiffre de 100 patients inclus. Les soignants, infirmiers, médecins, autres, ont trouvé la procédure trop lourde et trop décalée des préoccupations de la crise (penser à recueillir un consentement oral à l'admission, à récupérer les consentements écrits, à recueillir le questionnaire à la sortie, etc…).

La procédure initiale prévoyait une évaluation par les questionnaires et la tâche de reconnaissance émotionnelle faciale lors de la première semaine d'hospitalisation. La réalisation de l'étude a montré que certains patients étaient à ce moment dans un état trop aigu pour se concentrer sur ces tâches. Nous avons alors opté pour une évaluation de l'adolescent dès que son état clinique le permettait. Certains patients n'ont donc pu remplir leur questionnaire que la veille de la sortie par exemple, ce qui a ajouté une hétérogénéité notable des états cliniques.

11.2 Contenu des informations recueillies

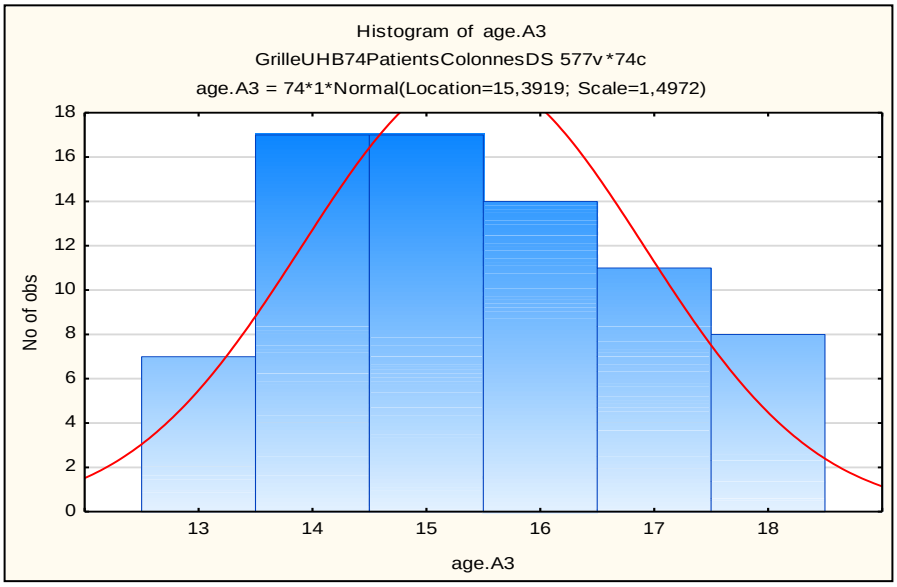
Certaines informations recueillies dans le dossier médical ont été simplifiées ou supprimées pour une meilleure faisabilité (exemple : diagnostics selon plusieurs systèmes de cotation : Classification Internationale des Maladies et DSM, seule la cotation selon la CIM a été conservée). De même, nous avons diminué le nombre d'échelles de l'autoquestionnaire pour permettre une meilleure fiabilité.

12 RESULTATS DE L'ETUDE

12.1 Description de l'échantillon

12.1.1 Description générale

L'échantillon de l'étude est composé de 74 patients, dont 74% de filles et 26% de garçons, âgés de 13 à 18 ans (moy = 15,3 ans).



Les patients étaient à 95% nés en France. Trois patients (5%) ont été adoptés, deux en Asie, un autre en Amérique du Sud. Les mères étaient aussi d'origine française dans 87% des cas (asiatiques dans 5% des cas, sud-américaines dans 3% des cas, africaines dans 5% des cas - Maghreb et Afrique noire). Les pères étaient d'origine française dans 78% des cas, d'origine asiatique dans 4% des cas, d'Amérique du Sud dans 3% des cas, africains dans 14% des cas, et d'Amérique du nord dans 1% des cas.

Un quart des patients étaient enfants uniques, 39,2% avaient un frère ou une sœur seulement. Parmi ceux qui n'étaient pas enfant unique, la majorité (31,1%) était en première place de la fratrie (28,4% de cadets, et 14,5% de benjamins). Un seul adolescent était 6ème et dernier d'une grande fratrie.

Exactement la moitié des patients avait leurs parents séparés. La grande majorité des adolescents vivait chez l'un d'eux ou les deux parents. Deux patients vivaient seuls (2,7%), trois patients vivaient chez un autre membre de la famille (4,05%) et deux patients (2,7%) vivaient en internat thérapeutique.

Plus d'un quart des adolescents (28,4%) étaient déscolarisés. La moitié des patients avait déjà changé d'établissement scolaire et 13,5% avaient changé plus de deux fois.

Les parents étaient surtout cadres et de professions 'intellectuelles supérieures' (36,5% des pères et 29,7% des mères). La catégorie 4 de l'INSEE (professions intermédiaires) incluait 18,9% des pères et 22,9% des mères. La catégorie 5 (employés) incluait 17,6% des pères et 31,1% des mères. 12,2% des mères et 2,7% des pères n'avaient pas d'activité professionnelle (catégorie 8). Après regroupement des catégories socioprofessionnelles, 52,7% des familles étaient issues de catégories socioprofessionnelles élevées (n=39) et 47,3% (n=35) de catégories moyennes ou basses. Cette répartition est expliquée par le type de soins proposés par l'hôpital (service hospitalo-universitaire, hôpital privé non lucratif, mutualiste) et par le secteur géographique correspondant (centre et Sud de Paris et banlieue parisienne Sud).

12.1.2 Profil médical à l'admission à l'hôpital :

L'âge moyen de début des troubles est de 10,5 ans (DS= 4,17), l'âge moyen de première prise en charge est de 11,5 ans (DS= 3,95).

Parmi les antécédents personnels, les chiffres rapportent que :

- 44,5% (n=33) des patients avaient déjà réalisé une tentative de suicide dans leur vie, et dans 32,4% des cas, ce geste (ingestion médicamenteuse dans la très large majorité) constituait le motif principal de l'admission à l'hôpital.
- 20,27% (n=15) des patients avaient déjà fugué
- 45,95% (n=34) des patients s'étaient déjà mutilés (ou scarifiés)
- 20,27% (n=15) avaient déjà consommé des drogues
- 10,81% (n=8) avaient déjà eu des problèmes judiciaires
- 24,32% (n=18) des patients avaient développé de la violence
- 29,72% (n=22) avaient déjà eu des maladies physiques notables, dont un peu moins de la moitié avaient conduit à une hospitalisation

Parmi les antécédents familiaux :

- 16,21% des parents ou membres de la fratrie (n=12) avaient une maladie physique grave ou chronique
- 75,67% des parents (n=56) avaient ou avaient eu des difficultés psychiques (63,5% de dépression, 12,16% de schizophrénie, 9,45% de maladie bipolaire, 40,54% de trouble de personnalité, 21% d'autres diagnostics). Dans 52,7% des cas, un seul parent était concerné, dans 13,51% des cas, les deux étaient concernés. Dans 13,51% des cas, un membre de la fratrie était concerné, dans 21,62% des cas un/des grands parents, et dans 21,62% un autre membre de la famille (oncles et tantes le plus souvent).
- Les antécédents familiaux suicidaires concernaient 25,6% de patients (n=19) : 14,86% de tentatives de suicide et 10,81% de suicides aboutis. Les tentatives de suicide concernaient surtout un parent, alors que les suicides aboutis concernaient surtout d'autres membres de la famille (en dehors des parents, grands-parents et fratrie : ex. oncles et tantes).

Parmi les évènements de vie relatés, 12 patients (16,22%) avaient été séparés d'avec l'un des parents plus d'un mois avant l'âge de un an, 10 patients (13,51%) d'avec les deux parents pendant plus d'un an, 4 patients (5,4%) ont été adoptés, 1 patient (1,35%) avait été placé en foyer, 2 patients (2,7%) en famille d'accueil, 2 patients (2,7%) avaient perdu leur père et 2 autres leur mère, 11 patients (14,86%) avaient connu la mort d'un proche parent, 2 jeunes filles avaient eu un avortement. Enfin, 2 autres avaient connu une catastrophe individuelle ou familiale.

12.1.3 L'hospitalisation :

A l'admission, les symptômes suivants ont été rapportés :

- 63,5% (n=47) de tristesse, pessimisme
- 32,4% (n=24) d'anxiété
- 32,4% (n=24) de gestes suicidaires
- 28,38% (n=21) de problèmes liés à l'alimentation (restriction, boulimie, vomissements, hyperphagie, binge eating)
- 17,57% (n=13) de désorganisation psychique
- 17,57% (n=13) de repli (social ou repli au domicile)
- 16,22% (n=12) d'hétéroagressivité

- Parmi les autres symptômes, on note : consommation de cannabis et/ou alcool (14,86%), fugues, agitations, idées délirantes

De plus, 45,95% (n=34) des patients étaient déscolarisés.
La durée moyenne des hospitalisations était de 3,6 semaines (min = 0,5 ; max = 26 sem). 90,5% des patients avaient un traitement médicamenteux à la sortie d'hospitalisation (contre 64,9% à l'admission). Un quart des patients a fait l'objet d'interpellation des services sociaux (éducative ou judiciaire).

12.1.4 Diagnostics, gravité :

Lors de leur hospitalisation, plusieurs diagnostics ont pu être posés pour chaque patient. En effet, les classifications internationales proposent de faire coexister tous les diagnostics nécessaires pour décrire au plus près l'état clinique du patient.

- 44,6% (n=33) présentaient un état dépressif caractérisé
- 10,8% (n=8) présentaient un état de stress post traumatique et 9,46% (n=7) une réaction émotionnelle à un événement difficile
- 14,86% (n=11) présentaient un trouble anxieux autre qu'état de stress post traumatique (anxiété généralisée, phobies, TOC,…)
- 16,22% (n=12) présentaient une anorexie restrictive, 12,16% (n=9) une anorexie boulimie
- 27,03% (n=20) ont eu un diagnostic de personnalité borderline et 12,16% (n=9) un diagnostic d'un autre trouble de personnalité (histrionique, puis dépendante et antisociale)
- 24,32% (n=18) ont un diagnostic de trouble psychotique : trouble envahissant du développement ou schizophrénie. Un patient avait un diagnostic d'autisme.
- Trois patients (4,05%) avaient un diagnostic de maladie bipolaire
- La gravité moyenne des tableaux cliniques à l'entrée à l'hôpital était de 4,7/7 c'est-à-dire entre « modérément malades » et « manifestement malades » (voir annexe).
- Le niveau global de fonctionnement mesuré à l'Echelle Globale de Fonctionnement à l'admission était de 37,9/100 en moyenne, c'est-à-dire correspondant à la catégorie (31-40) : « Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p.ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté) OU déficience majeure dans plusieurs domaines, p.ex. le travail, l'école, les interactions

familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p.ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler : un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison, échoue à l'école) ».

La participation des facteurs traumatiques dans la pathologie a été jugée par les cliniciens à 14,86% comme très intense et au premier plan, à 21,62% comme participant notablement au tableau clinique, à 10,81% comme présente mais pas au premier plan, à 16,21% comme présente de façon incertaine, et à 36,48% comme absente ou non manifeste.

Cette description, bien qu'un peu fastidieuse en nombre de chiffres présentés, décrit donc une population adolescente urbaine de niveau socioculturel élevé, en mauvaise santé psychique, avec un haut niveau de symptômes, de diagnostics, et de gravité psychiatrique globale. La spécificité clinique y est celle de la crise, avec une majorité de tentatives de suicide, dépression et idéations suicidaires. Les pathologies de type 'entrée progressive dans la schizophrénie' y sont moins représentées par exemple. Le nombre de placements en institution ou famille d'accueil y est très faible, ce qui distingue cette population des populations adolescentes décrites habituellement par les services sociaux notamment.

12.2 Prévalence des maltraitances à partir de notre grille de recueil:

Nous indiquons ici pour les 5 grandes catégories de maltraitances les fréquences rencontrées dans notre échantillon.

1.	**Notion d'un abus sexuel :**		22,97%	N=17
	- Si OUI :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	17,64%	3
		6-11 ans	52,94%	9
		12-18 ans	58,82%	10
		- Fréquence : **Une fois = 1 Plusieurs fois = 2**	1= 52,94% 2= 47,05%	9 8
		- Degré de vraisemblance : **Faible = 1 Important = 2**	1= 23,52% 2= 76,47%	4 13
		- Nature : Attouchement	58,82%	10
		Viol	47,05%	8
		Inceste	29,41%	5
		Témoin de violences sexuelles	5,88%	1
		- Auteur(s) : **Un parent :**	17,64%	3
		Deux parents :	5,88%	1

1.	**Notion d'un abus sexuel :**		22,97%	N=17
		Un membre de la fratrie :	5,88%	1
		Un membre de la famille élargie:	29,4%	5
		Un tuteur :	5,88%	1
		Enseignant, encadrant :	5,88%	1
		Un pair :	35,29%	6
		Un membre du voisinage :	0%	0
		Personne sans lien avec le patient	17,65%	3

2.	**Notion d'un abus physique :**		12,16%	N=9
	- *Si OUI* :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	33,33%	3
		6-11 ans	44,44%	4
		12-18 ans	88,88%	8
		- Fréquence : **Une fois = 1 Quelques fois = 2 Répété = 3**	1=33,33% 2=11,11% 3=66,66%	3 1 6
		- Intensité : **Sans blessure = 1 Blessures physiques = 2**	1=88,88% 2=22,22%	8 2
		- Auteur(s) : **Un parent :**	55,55%	5
		Deux parents :	22,22%	2
		Un membre de la fratrie :	11,11%	1
		Un membre de la famille élargie:	11,11%	1
		Un tuteur :	0%	0
		Enseignant, encadrant :	11,11%	1
		Un pair :	11,11%	1
		Un membre du voisinage :	0%	0
		Personne sans lien avec le patient, inconnue	0%	0

3.	**Notion d'un abus émotionnel :**		33,78%	25
	- *Si OUI* :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	44%	11
		6-11 ans	64%	16
		12-18 ans	92%	23
		- Fréquence : **Une fois = 1 Quelques fois = 2 Répété = 3**	1= 0% 2= 40% 3=60%	0 10 15
		- Intensité : **Relativement faible = 1 Majeure = 2**	1=44% 2=56%	11 14
		- Auteur(s) : **Un parent :**	48%	12
		Deux parents :	32%	8
		Un membre de la fratrie :	12%	3
		Un membre de la famille élargie:	4%	1
		Un tuteur :	4%	1
		Enseignant, encadrant :	8%	2
		Un pair :	16%	4
		Un membre du voisinage :	0%	0
		Personne sans lien avec le patient, inconnue	0%	0

4.	**Notion de négligences émotionnelle par la famille :**		76,59%	N=36
	- *Si OUI* :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	33,33%	12
		6-11 ans	58,33%	21
		12-18 ans	94,4%	34
		- Intensité : **Ponctuel = 1 Quelques fois = 2 Répété = 3**	1= 22,22% 2= 36,11% 3=44,44%	8 13 16
		- Auteur(s) : **Un parent :**	44,44%	16
		Deux parents :	55,55%	20

5.	**Notion de négligences physiques par la famille :**		12,16%	9
	- *Si OUI* :	- Période(s) de vie concernées : **0-5 ans**	77,77	7
		6-11 ans	55,55%	5
		12-18 ans	66,66%	6
		- Intensité : **Ponctuel = 1 Quelques fois = 2 Répété = 3**	1= 22,22% 2= 22,22% 3=55,55%	2 2 5
		- Auteur(s) : **Un parent :**	22,22%	2
		Deux parents :	66,66%	6

L'accumulation des maltraitances est la suivante : parmi les patients ayant vécu des maltraitances, la plupart en ont accumulé au moins deux (56,2%), la proportion décroissant progressivement de 1 à 5 types de maltraitances.

Nombre de maltraitances	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage. cumulé
0	26	35.14	26	35.14
1	21	28.38	47	63.51
2	12	16.22	59	79.73
3	9	12.16	68	91.89
4	5	6.76	73	98.65
5	1	1.35	74	100.00

12.3 Comparaison des taux de maltraitances à la littérature :

La comparaison de nos données à celles décrites plus haut dans la littérature rapporte des taux relativement comparables d'abus et de négligences physiques (autour de 10%), et d'abus sexuels (autour de 20%). Nos chiffres se situent dans les tranches élevées de ce qui est retrouvé dans la littérature, suggérant une population clinique dans laquelle ces éléments sont un peu plus systématiquement retrouvés que dans la population générale.

Ce sont surtout les abus émotionnels (33,78%) et négligences émotionnelles (76,59%) qui sont franchement sur-représentés par rapport aux données de la littérature, qui les décrivent autour de 10% dans la population générale (Gilbert, 2009).

Il est d'emblée à noter ici qu'un abus sexuel représente un abus physique et un abus émotionnel de fait, et aussi qu'un abus physique isolé représente aussi un abus émotionnel de fait. Nous n'avons pas côté deux critères pour un événement ou type d'événements (afin de rester comparable à la littérature dans la méthodologie). Ainsi, les abus émotionnels et physiques sont en réalité encore plus fréquents que les chiffres rapportés ici et dans les études en général.

Comme dans la littérature (Lau, 2005), nous retrouvons un effet d'accumulation des maltraitances : l'occurrence d'une forme de maltraitance augmente le risque de survenue d'une autre forme de maltraitance pour un même jeune.

12.4 Interactions familiales à risque :

Par souci de clarté et de simplicité pour cette échelle, nous avons indiqué les fréquences évaluées à 2 ou 3, c'est-à-dire critères réguliers ou permanents et pas seulement rencontrés ponctuellement. Par la suite, nous simplifierons la cotation à présent ou absent.

1.	Difficultés familiales de séparation	=39.18%	N=29
2.	Intensité des conflits entre les parents	=54.06%	N=30
3.	Conflits entre les parents centrés sur l'adolescent	= 45.94%	N=34
4.	Climat de disqualification d'un ou des parents	=37.83%	N=28
5.	Enjeu de loyauté de l'adolescent entre ses deux parents, ou entre parents et grands parents	=41.89%	N=31
6.	Education parentale rendue compliquée par une (des) pathologies somatiques d'un/des parents	=9.45%	N=7
7.	Education parentale rendue compliquée par une (des) pathologies psychiatriques d'un/des parents	=41.89%	N=31
8.	Capacités familiales de protection contre les dangers (drogues,….)	=40.54%	N=30
9.	Capacités parentales de fixation d'un cadre à l'adolescent (limites imposées, …)	=27.02%	N=20
10.	Climat familial incluant des relations d'emprise	=52.69%	N=39
11.	Climat familial incluant des exigences fortes ou démesurées	=40.54%	N=30
12.	Climat familial incluant un conditionnement centré sur les comportements ou relations à risque	=12.15%	N=9
13.	Climat incestuel, attitudes de séduction intrafamiliales	=17.57%	N=13
14.	Climat de proximité intrusive dans la famille vis-à-vis de l'adolescent	=37.83%	N=28
15.	Adolescent qualifié comme une personne mauvaise	=17.55%	N=13
16.	Adolescent qualifié comme une personne dangereuse pour autrui	=17.55%	N=13
17.	Adolescent ayant été l'objet de menaces suicidaires exprimées par un parent	=9.45%	N=7
18.	Adolescent ayant été conditionné à vivre dans un climat de peur vis-à-vis du monde extérieur	=10.81%	N=8
19.	Adolescent ayant été l'objet d'un isolement de son monde social (déscolarisation, refus des contacts avec les pairs, des loisirs,…)	=14.87%	N=11
20.	Adolescent ayant été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la recherche de symptômes physiques	=4.05%	N=3
21.	Adolescent ayant été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la recherche de symptômes psychiques	=16.21%	N=12
22.	Adolescent ayant été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la création de symptômes physiques ou psychiques (syndrome de Münchausen)	=4.05%	N=3

Les difficultés de séparation sont retrouvées dans environ 40% des cas. Ce facteur est effectivement un élément clinique quotidien de notre pratique. Il a une part très importante dans certaines pathologies comme les phobies, scolaires, par exemple, où il peut représenter le facteur le plus manifestement en lien avec le trouble (cliniquement). Les difficultés de séparation ne sont pas du registre des abus ou négligences. Elles peuvent en découler toutefois. Les séparations précoces, non prévisibles, ou trop longues les déclenchent. Des angoisses de mort liées à l'histoire familiale aussi (antécédents de maladies diverses, physiques, psychiques, suicides,…). Ces difficultés, bien que décrites souvent du côté de l'enfant, sont le plus souvent en miroir d'un climat familial général, dans lequel les séparations sont arrangées en fonction de l'état d'esprit du couple parental.

La présence de conflits intenses entre les parents (54% des patients) constitue un pôle à risque de danger pour l'enfant ou l'adolescent, à plusieurs titres : par la violence verbale ou physique qu'il y observe, par l'identification à un agresseur et/ou à une victime dans certains cas (qui vont donner cette couleur à ses identifications futures, avec parfois l'alternance entre les deux positions), par la critique de ses origines observée dans la disqualification des parents. Etre témoin de violences conjugales est un facteur souvent sous-estimé dans sa gravité ; certains auteurs comme Maurice Berger le rappellent régulièrement. Nous en faisons aussi le constat. Nous observons qu'il paraît même presque plus compliqué psychiquement pour un jeune d'être témoin impuissant de violences entre ses parents, que d'être lui-même victime de violence de la part d'un parent (comme si, dans ce dernier cas, il pouvait au moins développer des comportements de répétition pour reprendre le contrôle de la violence, et en être à l'origine à sa façon,…). **Le climat de disqualification entre parents** (38%) est souvent associé au conflit mais pas systématiquement). Enfin, **les conflits centrés sur l'adolescent** (46%) rajoutent par l'incohérence globale des décisions parentales sur l'éducation de leur enfant et l'insécurité produite. **Les enjeux de loyauté** (retrouvés chez 42% de nos patients), indiquent la pression mise sur l'enfant pour faire des choix vis-à-vis de l'un ou l'autre parent (lieu de vie, temps passé, liens affectifs), avec une incompatibilité entre l'une ou l'autre de ses origines, et donc une pression à renoncer à celui qu'il est en partie (et les conséquences qui en découlent sur l'estime de soi). Les enjeux de loyauté existent aussi entre parents mariés, entre parents et grands-parents, et portent dans ces derniers cas sur la capacité du parent à être un bon parent, par rapport à des grands-parents qui peuvent les juger défaillants.

L'éducation parentale rendue compliquée par une (des) pathologie(s) somatiques (10%) **ou psychiatriques** (42%) ou des **menaces suicidaires parentales** (9,45%) renvoie à la question des antécédents familiaux. Néanmoins, elle s'en décale partiellement. En effet, certains antécédents parentaux n'empêchent pas le développement relativement harmonieux de l'enfant. D'autres occasionnent des négligences émotionnelles que les enfants apprennent à compenser (parmi ceux-là, un grand nombre de vocations soignantes se développent), D'autres encore des abus francs. Surtout, il est à noter que certaines maladies graves comme la schizophrénie maternelle ou paternelle occasionnent moins de conséquences néfastes sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent que certains dysfonctionnements psychologiques bien plus discrets. En effet, la présence d'une maladie physique ou mentale évidente donne assez vite à l'enfant des repères de communication pour lesquels il comprend le caractère particulier du fonctionnement de ce parent-là. Dans les interactions du parent avec les autres adultes ou enfants, l'adolescent voit vite se reproduire le caractère inadapté ou suradapté du parent, et cela ne modifie pas son rapport à la réalité du monde en général. Loin s'en faut des situations où le parent, qui par ailleurs, n'a pas de maladie mentale particulière, mais pour les raisons de son histoire, craint massivement, rejette, envahit ou surinvestit cet enfant en particulier (pour diverses raisons liées par exemple aux ressemblances physiques de l'enfant, au contexte de sa conception, de sa naissance, à d'autres événements de vie). Dans ces cas, les rapports du parent au reste du monde étant préservés, l'enfant n'a pas de repère et rapporte systématiquement à lui avec une grande culpabilité ce qui lui est en général reproché, ou ce qui est projeté sur lui. C'est le cas notamment lorsqu'il est qualifié, explicitement ou implicitement **comme une personne mauvaise** (17,5% des cas) **ou dangereuse** (17,5% des cas avec un recouvrement non total de ces deux situations du fait notamment de l'intentionnalité attribuée à l'enfant). C'est aussi le cas des adolescents qui ont été l'objet de menaces suicidaires exprimées par un parent, car ces dernières situations ne rentrent quasiment jamais dans le cadre d'un épisode dépressif du parent, délimité dans le temps, reconnu par tous et identifié par l'enfant, mais plutôt dans le cadre d'interactions durables d'un parent ayant une trouble de personnalité ou un état de stress post traumatique chronique lié à sa propre histoire. Ainsi, l'enfant n'a là encore aucun repère de compréhension et s'attribue d'emblée la responsabilité de la mort future de son parent. Cela est un facteur de risque de mises en danger personnelles, qui ont pour fonction psychique d'aller au devant de ces angoisses de mort tout en n'en reprenant (même partiellement) le contrôle.

Pour diverses raisons liées à des histoires individuelles et familiales traumatiques, certains parents développent des comportements de recherche active de symptômes chez leur

enfant. Cela peut correspondre à la répétition de leur propre histoire (exemple d'une mère abusée sexuellement par son père, qui a pensé dès la grossesse de façon obsédante, à protéger à tout prix le corps de sa fille des hommes : sa fille a développé des mises en danger sexuelles à l'adolescence), ou à l'histoire d'un ascendant (exemple fréquent du report sur l'enfant d'une relation très difficile avec un propre parent de la mère ou du père). Les trois derniers critères de l'échelle rapportent des situations dans lesquelles l'enfant ou l'adolescent est ainsi l'objet d'un **surinvestissement parental axé sur la recherche** hypervigilante de **symptômes psychiques, physiques ou même sur la création de symptômes physiques ou psychiques** (cas extrême du syndrome de Münchhausen). Ces trois situations représentent presque un quart de notre population, ce qui est un chiffre très important.

Les familles dans lesquelles les parents instaurent un **climat d'exigences fortes ou démesurées par rapport aux possibilités de leur enfant** représentent 41% des situations rencontrées. Il n'est pas rare que l'hospitalisation ait pour fonction de diminuer avec les parents ces pressions pour lever les angoisses de l'adolescent, angoisses qui peuvent représenter de réels enjeux de vie ou de mort. Ces exigences ne sont pas que l'apanage des familles aisées ou ayant un investissement intellectuel important. Elles peuvent se situer à différents niveaux, la scolarité n'en est qu'un exemple (cf cas de Meriem ci-dessous).

La distance relationnelle, au delà de la séparation ou des conflits, est aussi directement en jeu dans les deux situations suivantes : lorsqu'il existe un **climat de proximité intrusive dans la famille vis-à-vis de l'adolescent** (38% des cas) voire lorsqu'il existe un **climat incestuel avec des attitudes de séduction intrafamiliales** (18% des cas). Dans la première situation, l'adolescent en développement n'expérimente pas son espace d'intimité, censé être croissant, et est ainsi entravé dans ses capacités d'autonomie. Dans certains cas, il est 'complice' des demandes des parents, en leur confiant absolument tout le contenu de ses pensées, sentiments, etc… Il l'est aussi inconsciemment lorsqu'il développe à l'adolescence des mises en danger qui renforcent le contrôle intrusif mis en œuvre par les parents depuis leur enfance. Le climat incestuel inclut cette part d'intrusion relationnelle, mais également la sexualisation inadaptée des liens familiaux. P.C. Racamier distinguait le climat incestueux (ou inceste) et le climat incestuel de rapproché familial sexualisé n'ayant pas été concrétisé par un inceste, c'est-à-dire un acte sexuel intrafamilial. La séduction intrafamiliale, presque autant que l'inceste, est souvent non représentable psychiquement par l'adolescent. Il s'en plaint donc rarement. Ce sont le plus souvent les soignants qui notent l'aspect atypique de ces comportements (par exemple autour des permissions de week-end, au départ desquels, à l'occasion de l'échange du linge, des pères s'occupent avec un intérêt qui paraît

disproportionné des sous-vêtements de leur fille, des mères qui dorment avec leur fils adolescent,…).

Les capacités familiales de protection contre les dangers (41% de notre échantillon) et de **fixation d'un cadre à l'adolescent** (24% de notre échantillon) sont des capacités éducatives que nous retrouvons altérées, particulièrement dans les symptomatologies où l'adolescent se scarifie, tente de se suicider, ou prend des drogues, se met en danger d'une façon ou d'une autre. Le miroir du comportement de l'adolescent et du fonctionnement parental nous ferait poser le doute du type « qui a commencé ? », si les parents ne nous exposaient pas l'ancienneté de leurs difficultés sur ces sujets précis. Parfois, dans 12% des cas, les **comportements ou relations à risques**, sont un enjeu central dans le **climat familial**, au point qu'il devienne un véritable conditionnement pour l'adolescent, qui en fait également une obsession, mais via son comportement.

A l'inverse, les **relations d'emprise** ou de contrôle (53%), qui sont également retrouvées dans la majorité des fonctionnements familiaux d'adolescents hospitalisés, incluent les comportements qui visent à contrôler les comportements d'autrui, en limitant ses initiatives et son autonomie. Ce contrôle, qu'il soit volontaire ou non, peut aussi être défendu par les parents comme une volonté de protéger l'adolescent, ou d'assurer pleinement leur responsabilité de parents (voir cas clinique ci dessous « je suis son responsable légal, je dois savoir où il est à chaque instant »). Nous retrouvons toujours des raisons dans l'histoire des parents qui expliquent les angoisses sur lesquelles repose ce besoin de reprendre du contrôle, y compris au prix des capacités d'autonomie de leur enfant. Dans la même lignée de l'autonomisation, certains parents conditionnent leur enfant **à vivre dans un climat de peur vis-à-vis du monde extérieur** (dans 11% des cas). Cette tendance, qu'elle soit volontaire ou non, entrave la capacité de leur enfant à s'engager dans le processus d'autonomisation de l'adolescence. De la même façon, les adolescents ayant été **l'objet d'un isolement de leur monde social (déscolarisation, refus des contacts avec les pairs, des loisirs,…)**, que ce soit par le biais de la peur, de l'emprise ou pour une autre raison, présentent également de plus grandes difficultés pour entamer le travail de l'adolescence.

12.5 Comparaison aux adolescents non maltraités :

Au départ de cette étude, nous souhaitions comparer les profils d'adolescents concernés par les maltraitances à ceux qui ne l'étaient pas. Nous ne pensions pas que l'inégalité des groupes serait telle qu'elle empêcherait de faire correctement cette

comparaison. Nous avons donc comparé des groupes sur la base des termes maltraitance/non maltraitance, mais par sous-catégorie de maltraitance ou par intensité des maltraitances.

Ainsi, dans notre échantillon, l'analyse par sous-groupe de maltraitance nous a amené à observer que :

- Les **abus sexuels** sont associés à un risque relatif d'automutilations de 5,6, c'est-à-dire que la probabilité de présenter des automutilations est 5,6 fois plus présente chez les patients qui ont été victime d'abus sexuel. Ces patients abusés sexuellement ont aussi en moyenne deux fois plus de traitements médicamenteux à la sortie d'hospitalisation que tous les autres patients.
- Les **abus physiques** sont 5,4 fois plus présents en cas de trouble de personnalité des parents (p=0.03) ou d'alcoolodépendance de ceux-ci (p=0.01). La tendance est plutôt celle d'une association des troubles des deux parents que d'un seul d'entre eux. De plus, les adolescents victimes d'abus physiques sont 6 fois plus à risque de présenter un état de stress post traumatique que les adolescents non victimes de ces abus (p=0.03). La gravité globale de l'état clinique à l'entrée à l'hôpital est dans ces cas 3,7 fois plus grave (p=0.01).
- Les adolescents victimes d'**abus émotionnels** ont 6 fois plus de probabilité d'avoir deux parents ayant un diagnostic psychiatrique (p=0.02), et 5,4 fois plus de risque d'avoir un parent ayant un antécédent de tentative de suicide (p=0.04).
- Les adolescents victimes de **négligences émotionnelles** ont 14 fois plus de risque d'avoir des troubles externalisés que les autres patients (p=0.03). Leur tableau clinique est 1,8 fois plus grave à l'admission (p=0.02).
- Enfin, les adolescents victimes de **négligences physiques** ont 20 fois plus de risque d'avoir eu un parent ayant réalisé une tentative de suicide (p<0.001). La gravité globale de l'état clinique à l'entrée à l'hôpital est dans ces cas de négligences physiques 4,8 fois plus grave (p=0.005) et ces patients ont en moyenne 2,8 fois plus de traitements médicamenteux à la sortie d'hospitalisation que tous les autres patients.

A part pour l'état de stress post-traumatique, nous ne retrouvons pas d'association statistique significative entre un diagnostic psychiatrique et une forme de maltraitance, contrairement à ce qui est décrit dans la littérature avec un niveau de preuve élevé. Norman et coll. (2012) décrivent par exemple une augmentation significative (p<0.001) du risque de survenue de troubles dépressifs pour tous les types de maltraitances avec des Odds Ratio (OR)

allant de 1.54 (abus physique) à 3.06 (abus émotionnel) et 2.11 (négligences). De même, tous les types de maltraitances sont, selon ces auteurs, significativement associés à un risque élevé de développement d'un trouble anxieux (OR= 1.51 pour les abus physiques, 3.21 pour abus émotionnels et 1.82 pour les négligences). La répartition des diagnostics dans notre échantillon joue certainement un rôle dans cette différence. En effet, la nature du recrutement de l'unité de crise fait que l'échantillon est très homogène sur le plan clinique (majorité de tableaux anxio-dépressifs avec idéations suicidaires associés ou non à un trouble de personnalité). Il est donc plus difficile de mettre en évidence des associations par catégorie diagnostique que dans un échantillon hospitalier tout venant. L'effectif insuffisant joue également, et cette limite est aussi largement rapportée dans la plupart des études publiées (cf revue de la littérature ci-dessus, notamment Benarous). Dans notre étude, c'est l'association à la gravité clinique du tableau psychiatrique qui répercute de toute façon l'association entre la pathologie psychiatrique et les maltraitances.

Toutefois, nous retrouvons des associations intéressantes à réfléchir. D'une part, la fréquence des automutilations chez des patients ayant eu un abus sexuel confirme notre intuition clinique. Nous avions observé que ces attaques contre soi-même avec effraction du corps survenaient comme dans une répétition d'une effraction antérieure par autrui. Les patients décrivent souvent l'effet de soulagement de l'angoisse que leur procure l'acte de scarification. Cet acte survient ainsi souvent à la place même du ressenti de l'angoisse. Ils ne 'sentent pas venir'. Nous observons d'autant plus à la lumière de ce résultat ces scarifications comme une face émergée d'un état de stress post traumatique invisible autrement que par cette répétition déplacée de la maltraitance (aspect de répétition bien caractéristique dans les problématiques du trauma).

L'état de stress post traumatique à proprement parler est associé statistiquement uniquement aux abus physiques. Nous avons été étonnés la fréquence de ce diagnostic soit si faible (environ 10%, ce qui est le taux rapporté dans la population générale, Widom, 1999). Cette observation nous a amené à penser que les psychiatres sous diagnostiquaient probablement cette dimension. Et pour cause… tout l'intérêt de cette étude est bien dans cette difficulté à articuler les troubles psychiques, les maltraitances, le reste de l'évaluation, et d'en faire des causalités évidentes. En effet, l'état de stress post traumatique est bien le seul diagnostic psychiatrique qui a maintenu avec l'évolution des classifications nosographiques dans sa définition ce lien de causalité entre un événement et des répercutions psychiques. Ce travail est habituellement plutôt celui des juristes et des experts. Nous formulons également

l'hypothèse quant à cette relativement faible fréquence diagnostique, qu'il ne s'agit ici que d'une forme de traumatisme parmi d'autres. L'état de stress post traumatique est peut-être la forme la plus classique, mais nous constatons dans notre population qu'elle n'est pas la plus fréquente des manifestations du trauma. En tout cas, elle s'exprime plus dans les cas de violences physiques, qui sont, à notre sens, les sources de traumatisme les plus facilement représentables individuellement comme socialement. Les violences physiques sont connues, à la fois dans leur aspect inacceptable et délétère. Les enfants et adolescents ont donc plus facilement que dans les autres situations de repères sur la dangerosité de ces actes et de leurs conséquences. Nous pensons que cela joue sur la forme du trauma psychique qui en ressort, notamment à côté des violences sexuelles, surtout intrafamiliales, dont nous observons qu'elles peuvent être beaucoup plus désorganisantes psychiquement (même si nous n'avons pas pu le mettre en évidence statistiquement ici).

Les abus physiques sont associés à l'alcoolisme parental et aux troubles de personnalité d'un ou surtout des deux parents. Il semble que l'occurrence chez les deux parents empêche l'un d'entre eux qui serait en bonne santé, d'assurer une base moins insécure pour l'enfant. L'effet protecteur du 2ème parent est un rempart évident pour la santé de l'enfant en cas de maltraitance d'un parent. Nos résultats ont montré que les scores d'intensité (cf plus bas) des maltraitances étaient plus élevés en cas de divorce parental ($p=0.02$). En même temps, la séparation peut représenter pour un parent une mise à distance de son enfant d'un autre parent maltraitant…Ces raisonnements sur le divorce sont donc plus complexes qu'il n'y paraît, et nous observons également des situations très graves sur le plan des abus émotionnels, dans lesquelles les deux parents, très unis, font front contre l'adolescent qui est ainsi rejeté du groupe familial avec un haut risque suicidaire (cf cas d'Erwan décrit plus bas). Dans ces cas, l'analyse du système familial peut même révéler que les troubles du comportement de l'adolescent ont fonction de renforçateur de la cohésion du couple parental ou du groupe familial, même si cela agit contre lui.

Enfin, l'abus physique, la négligence émotionnelle et la négligence physique sont associés individuellement à la gravité de l'état clinique du patient à l'admission. Ce résultat est retrouvé de façon générale entre l'intensité globale des maltraitances pour un patient et la gravité de son tableau à l'admission (cf ci-dessous).

12.6 Corrélations entre échelles

L'analyse de l'association entre les 3 dimensions que sont la gravité du tableau médical, le score de maltraitances et le score d'interactions familiales à risque (pour les détails sur les calculs de scores, voir ci-dessous), a montré qu'il existait un lien de corrélation statistique entre :

- Le score de maltraitances et celui de gravité du tableau médical à l'admission ($p=0.002$)
- Le score d'interactions familiales à risque et celui de gravité du tableau médical à l'admission ($p=0.01$)
- Le score de maltraitances et celui du score d'interactions familiales à risque ($p<0.001$)

Ainsi, les trois échelles évoluent dans un sens commun. La présence d'une des trois dimensions augmente la probabilité de chacune des deux autres. La corrélation positive entre la gravité du tableau médical et le score de maltraitances étaie les données de la littérature, qui décrivent une association solide entre les maltraitances vécues et un grand nombre de diagnostics médicaux. Ici, l'association statistique est à la fois avec certains symptômes (comme les automutilations) ou certains diagnostics comme l'état de stress post-traumatique, mais surtout avec la gravité médicale à l'admission et la réponse au traitement (nombre de médicaments prescrits à la sortie). La diversité de ces associations permet de préciser à quels endroits peuvent se situer les influences dans l'histoire clinique d'un patient donné. Ces résultats suggèrent l'idée que la survenue de maltraitances augmente la probabilité de développer un état psychiatrique, mais aussi le risque que cette pathologie soit plus sévère d'une part et plus résistante aux thérapeutiques de l'autres, que celles qui ne surviennent pas sur un tel terrain.

Le score d'interactions familiales à risque est associé positivement, à la fois au score de maltraitances et au score de gravité médicale. Ce résultat suggère que l'échelle que nous avons créée décrit des phénomènes relationnels effectivement 'à risque' : à risque de développer une pathologie plus sévère, et à risque de maltraitance. L'échelle décrit des relations qui semblent constituer une voie d'évolution vers la morbidité et la violence, mais qui n'est pas encore pathologique en soi. Les éléments résultant de cette étude nous engagent à approfondir l'idée de facteurs de risque ou en tout cas de corrélats relationnels de la pathologie mentale.

12.7 Fonctionnement émotionnel :

Les analyses d'associations entre les scores de maltraitances et les facteurs émotionnels ont donné les résultats suivants :

- Il n'y avait pas de lien entre maltraitances des patients hospitalisés et les scores d'empathie de ces patients (p=0.64), ni avec leurs scores d'alexithymie (p=0.08) ou leur qualité de vie p=0.13).
- Nous avons retrouvé une corrélation inverse entre le score de maltraitance et le type d'attachement insécure de type 'détaché'. Celui-ci décrit, selon Bartolomew et Horowitz (1991) le type d'insécurité dans lequel les sujets estiment ne pas avoir besoin des autres (indépendance affective) et ont peu de confiance envers les autres. Ces sujets évitent l'intimité dans les relations, et préfèrent ne dépendre de personne et que personne ne dépendent d'eux. Les adolescents ayant un score de maltraitance élevé avaient un type d'attachement 'détaché' moins fréquent, c'est-à-dire que ces jeunes ont, de façon surprenante, moins tendance à se replier sur eux-mêmes, mais restent au contraire très dépendant ou encore plus dépendants de figures d'attachement jugées fiables (dans un probable processus d'idéalisation rappelant ce que certains décrivent sous le nom de syndrome de Stockholm).
- Enfin, nous avons observé un lien statistique de corrélation positive entre les maltraitances globales et les capacités de reconnaissance émotionnelle faciale. Les adolescents qui avaient le plus été maltraités avaient des délais significativement plus rapides de reconnaissance d'émotions sur des visages ($p<0.0001$). Cela était particulièrement vrai pour les émotions de dégoût, de tristesse et de joie. Ces résultats vont dans le sens d'un certain nombre de travaux réalisés chez des sujets ayant un état de stress post traumatique ou simplement des antécédents de maltraitances. Certains auteurs ont en effet décrit ce qui peut être compris comme le résultat d'une hypervigilance développée dans un stratégie de survie, afin de détecter plus rapidement un risque d'abus additionnel (Masten et al., 2008).

Les analyses d'associations entre les scores d'interactions familiales à risque et les facteurs émotionnels n'ont donné aucun résultat significatif.

12.8 Associations statistiques/ discussion méthologique :

Nous avons principalement décrit trois dimensions dans cette étude : la dimension clinique (notamment la gravité psychiatrique), les actes de maltraitances, et les situations relationnelles que nous avons supposées particulièrement associées à ces deux premières situations du fait de la fréquence à laquelle nous avons l'habitude de les rencontrer. L'étude portait initialement sur la maltraitance, et nous avons pensé important d'ajouter ces facteurs qui nous semblaient au minimum ajouter à la gravité du tableau, au maximum le produire.

Le sens des statistiques portant sur les maltraitances dans cette étude n'a pas les moyens de tester des relations de type cause à effet : l'effectif et le caractère transversal de l'étude ne le permettent pas. Nous limitons cette étude à des statistiques de corrélations.

Afin de savoir si tel degré de maltraitance est associé à tel degré de gravité clinique, de difficultés relationnelles familiales, une question initiale est de savoir comment mesurer l'intensité des maltraitances et des situations de danger relationnel (la gravité clinique étant classiquement mesurée par l'échelle CGI – Clinical Global Impression).

Concernant les situations de climat familial à risque, nous avons sommé les 22 items en fonction de leur intensité (cotée de 0 à 3), ce qui a abouti pour chaque patient à un score évoluant de 0 à 66. Nous avons également réparti, pour l'analyse qualitative, les items en 5 catégories qui nous semblaient pertinentes : distance relationnelle, antécédents familiaux, autonomie, éducation, problèmes du couple parental.

Concernant les maltraitances, au delà de la description des situations qualitatives précises (humiliations, menaces, coups,…), la fréquence paraît d'emblée une question importante. Des coups répétés depuis la petite enfance sont côtés d'un ou deux degrés de plus de quelques coups isolés, certes. Mais rapidement, nous avons également l'intuition qu'un abus sexuel n'a pas besoin d'être répété pour être côté intense dans l'échelle des maltraitances. Dès lors, une pondération implicite se dessine. Un abus sexuel « vaudrait » des coups répétés ? Si nous ne suivons pas ce raisonnement qui paraît en soi bizarre et logique à la fois, nous risquons de passer outre l'analyse fine des fréquences d'associations. Ne pas suivre ce raisonnement est en tout cas une limite pointée à propos du questionnaire CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) qui ne pondère par les différents types de maltraitances. Un « point » d'abus sexuel vaut un « point » d'abus émotionnel ou physique ou de négligence, ce qui paraît discutable.

Si nous voulons mesurer l'intensité des maltraitances, sur quels critères se baser ? Sur les conséquences développementales chez le jeune (degré de pathologie par exemple) ? La souffrance ressentie ? La norme ? La fréquence des actes ? Leur intensité ? Leur accumulation ?

- La première proposition s'inscrit dans une perspective « finaliste ». C'est en fonction des conséquences des traitements sur le développement du jeune que nous pouvons juger s'il s'agit de maltraitance. Ceci suppose un lien statistique de cause à effet. Ce raisonnement est exactement celui des définitions de la maltraitance. Rappelons que le Larousse Médical définit les maltraitances comme *« toute violence physique, tout abus sexuel, tout sévice psychologique sévère, toute négligence lourde ayant des conséquences préjudiciables sur l'état de santé de l'enfant et sur son développement physique et psychologique »*. Rappelons également les définitions de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée définit l'enfant maltraité comme (Corbet, 2000) : *« Celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique »*. Enfin l'OMS *:* « *La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques, et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entrainant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance et de pouvoir »*. La perspective finaliste de ces définitions nous dérange sur le plan psychique : que faut-il penser de la situation d'un jeune qui a vécu de lourdes violences physiques et émotionnelles et qui s'en « sort bien ». Qu'il n'a pas été maltraité ? ou bien qu'il a été résilient, qu'il a effectué des rencontres opportunes, ou encore développé une grande intelligence émotionnelle? Ainsi, la définition finaliste ne prendrait en compte que les jeunes qui souffrent des maltraitances. Les psychologues et psychiatres ne savent que trop bien que certains silences peuvent être pires que des cris de souffrance.
- La souffrance ressentie, seconde option, suppose, pour être un facteur d'association pertinente, que le patient ressente la souffrance. Effectivement, certains patients expriment une grande souffrance avec des mots, et font facilement des liens avec des événements de vie malheureux qu'ils ont traversés. Mais ce ne sont pas la majorité des adolescents. Ceux qui sont les plus fragilisés expriment souvent leur souffrance par des actes d'auto- ou d'hétéro-destruction, voire par de la désorganisation psychique si

le traumatisme dépasse les capacités de représentation. La souffrance ressentie ne peut donc être un critère d'évaluation suffisant.

- La norme paraît finalement un compromis 'pas si mauvais' dans la mesure où les individus d'un pays donné en bien en tête les mêmes représentations de 'ce qui se fait' et 'ce qui ne se fait pas' dans l'éducation d'un enfant. C'est en fonction de ce qui est imaginable ou inimaginable dans une société donnée que le psychisme va aussi réagir différemment.
- Enfin, les actes eux-mêmes, dans leur fréquence et/ou leur intensité et/ou leur accumulation (sans préjuger de leurs conséquences), restent le critère le plus dénué de préjugés théoriques. C'est le choix que nous avons fait.

Nous avons choisi, pour définir l'ampleur des maltraitances pour un patient donné, de se baser sur les actes de violence et de négligence en terme de fréquence en priorité, jugeant que la répétition jouait pour beaucoup dans les conséquences sur le psychisme. Nous nous basons ainsi sur les nombreuses études de neurosciences qui rapportent l'effet au moins aussi délétère cérébralement d'un stress modéré répété par rapport à un stress intense mais ponctuel. L'exception à cette hypothèse reste indéniablement l'abus sexuel, pour lequel la gravité est d'emblée massive, sans besoin de répétition. Pour prendre cela aussi en compte, nous avons choisi de coter un point supplémentaire pour l'abus sexuel par rapport aux autres catégories.

Nous avons donc sommé les 5 catégories en fréquence de 0 à 3 (telles que décrites dans l'échelle), sauf pour l'abus sexuel que nous avons coté 0, 2 ou 3 (s'il n'a pas été rapporté, rapporté de façon isolée ou rapporté comme ayant eu lieu au moins deux fois). Ainsi, nous avons obtenu un score de 0 à 15 pour les maltraitances. Ce choix prend donc en compte la fréquence et l'accumulation des maltraitances. Il ne prend pas en compte l'intensité. Pourtant, un abus ou une négligence sur une seule dimension peut être d'une intensité extrême. Le patient sera dans ce cas coté à 3 uniquement, alors qu'il aura vécu une maltraitance extrême.

La part d'arbitraire de ce choix doit être prise en compte, et est justifiée par le désir de comparabilité à la littérature internationale, qui cumule le plus souvent les maltraitances (notamment dans l'échelle Childhood Trauma Questionnaire).

12.9 Analyse qualitative à partir de 10 cas cliniques :

Afin de ne pas se limiter pour autant, et pour aller plus loin sur ce sujet qui déterminait notre méthodologie, nous avons décidé de décrire également de façon qualitative certains cas cliniques afin d'envisager les déterminants sous différents angles.

Nous avons choisi d'appliquer les grilles évoquées à plusieurs cas cliniques, afin d'affiner et de compléter les critères utiles ou non pour décrire une situation donnée. Certains cas (la plupart) sont issus directement de la population de l'étude, d'autres ont été hospitalisés avant ou après l'étude. Enfin le dernier cas est celui d'une patiente de consultation (choisie essentiellement pour diversifier sur le critère de la sévérité du fonctionnement global). Nous avons tenté de décrire ces cas à partir d'un nombre important de critères pour tenter d'imaginer la compatibilité entre les considérations médicales psychiatriques, psychologiques, sociales, expertales, mais également du chercheur scientifique. En effet, selon le point de vue du professionnel qui observe le cas d'un(e) jeune victime ou témoin de violence ou de négligence, le raisonnement pourra être très différent. **Nous avons regroupé les données de maltraitance et d'interactions familiales à risque sous le terme générique de Situations de Danger Relationnel (SDR).**

La définition des maltraitances qui inclut de façon conditionnelle les conséquences sur le développement psychique ou physique du jeune se place d'abord dans une perspective juridique (perspective finaliste également). C'est le lien de cause à effet qui est la source du raisonnement. L'incapacité qui découle des actes ou omissions en est l'indice de gravité. Pour le travailleur social, la priorité sera peut être d'évaluer la sévérité des actes pour décider des mesures à prendre, pour intervenir. Pour le médecin soignant (psychiatre ou médecin généraliste), la sévérité des symptômes sera un élément prioritaire (pour décider d'une consultation, d'une hospitalisation,…). Pour le psychiatre, plus précisément, un élément central dont dépendra la nature du travail psychique à réaliser, sera la conscience du patient du niveau de danger relationnel, et son rapport à la réalité de façon plus générale. Pour l'épidémiologiste enfin, différencier les situations dans lesquelles la priorité est de prévenir d'un côté ou de réparer de l'autre, est de la plus haute importance.

Ainsi, pour les 10 cas cliniques suivants, nous avons essayé de nous placer du point de vue de ces différents professionnels en déclinant les critères suivants :

- **Incapacité :** Famille (oui/non) - Amis (oui/non) - Scolarité (oui/non) - physique (oui/non) - Psychique (oui/non) : 5/5
- **Score EGF (échelle globale de fonctionnement) :** x/100
- **Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien:** x/5
- **Conscience du patient du danger relationnel par le patient :** x/20
- **Niveau de rapport à la réalité générale du patient :** x/20
- **Degré de sévérité symptomatique (ICG)** : x/7
- **Structure psychopathologique évaluée** : névrotique, limite, ou psychotique

L'incapacité représente l'évaluation des conséquences des maltraitances, telles que le ferait un expert ou un juriste.

Le fonctionnement global du patient à un moment précis n'inclut pas de relation de cause à effet avec les événements vécus par le patient. Ils décrivent simplement son degré de fonctionnement général.

Le score de SDR est donc produit par la grille ci dessus.

La conscience du danger relationnel par le patient est évaluée par le psychiatre.

De même, le rapport à la réalité générale est une préoccupation du psychiatre.

Le degré de sévérité symptomatique est un critère médical général.

Le dernier critère, la structure psychopathologique n'est plus tellement utilisé aujourd'hui dans les études internationales tel quel. Il nous est cependant apparu pertinent dans ce contexte, dans le sens où il synthétise la dimension du rapport à la réalité du point de vue du psychopathologue. En effet, la définition la plus basique de la psychose étant la perte de ce rapport à la réalité. Cette étude nous a permis de questionner la part du maintien de la réalité relationnelle familiale et celle de la réalité « externe » à la famille, c'est-à-dire au reste de la société.

Cas 1 Antony :

Ce cas a été choisi par souci de cohérence avec l'origine de ce projet de recherche, dans lequel il était présenté, et parce qu'il a contribué aux questions qui étaient un point de départ, notamment parce que la mère a porté plainte concernant le signalement qui a été fait pour ce jeune.

Antony, jeune homme de 14 ans est hospitalisé en psychiatrie pour évaluation et traitement d'une dépression sévère avec auto-dévalorisation, culpabilité, idées suicidaires et hétéro-agressivité. Notamment, il y a 2 mois, il a frappé son père, lui cassant le bras. Antony est déscolarisé depuis plusieurs mois. Il est en seconde et a deux ans d'avance. Son hospitalisation s'est réalisée alors qu'il se positionnait contre, et avait nécessité un appel à renfort le jour de l'admission. Il défendait l'idée qu'il n'était pas fou et n'avait pas besoin de soins.

Lors de la première semaine d'hospitalisation, ce jeune homme participe aux entretiens médicaux et y révèle les craintes qu'il a concernant la mort de son père, retraité, hypertendu. Il évoque aussi sa culpabilité de l'avoir frappé, mais aussi les coups qu'il a reçu de son père par le passé, qui lui avaient laissé des bleus. Il raconte que, régulièrement, son père dit que la vie de son fils n'a pas de sens. « Mais pourquoi ils m'ont fait ? » dit-il. L'entretien avec les parents nous permet de vérifier la véracité de ce qu'a évoqué Antony. Le conflit entre le père et le fils est massif, et nous apprenons qu'après chaque conflit entre eux à la maison, le père mesure sa pression artérielle et dit à son fils que s'il meurt d'accident cardiaque, son fils en portera la responsabilité.

L'histoire plus ancienne d'Antony révèle que son père s'est fortement investi dans ses apprentissages : la lecture, l'écriture, le vélo, les différents sports. Il lui a tout appris. Lui et sa sœur ont même été déscolarisés deux ans au collège et le père leur a fait leur instruction. Aujourd'hui, Antony a un Quotient Intellectuel très élevé, mais est en échec scolaire après avoir eu un Brevet de façon très brillante (moyenne= 17). Il en veut terriblement à son père de lui avoir renvoyé un simple « c'est correct ». A., à propos de sa déscolarisation actuelle dit : « Au moins je n'ai plus de notes ». Par sa mère, il est investi comme un petit génie, au dessus des autres collégiens. Les parents ne défendent pas du tout les mêmes principes éducatifs le concernant.

A l'entrée en seconde, il avait demandé à ses parents de le « lâcher » un peu, d'être moins inquiets pour lui. Son père a donc décidé de le lâcher complètement, dans une attitude de défi. Et sa mère a revendiqué, et revendique toujours qu'elle doit savoir où il est en permanence, puisqu'elle est son responsable légal. A l'entrée à l'hôpital, elle a écrit un document en forme de cas clinique sur son fils, dans lequel elle a noté tous ses comportements de la dernière année, ainsi que les réponses données par les différentes institutions (scolaires, judiciaires, psychiatriques, ...), toutes jugées profondément inadéquates.

Nous relevons dans cette observation des coups donnés (abus physiques), une dévalorisation et une culpabilisation de l'adolescent portant sur des conséquences avec enjeux de vie et de mort (abus émotionnel). L'éducation de l'adolescent est surinvestie mais nous notons une alternance avec des moments de lâchage brutal, alternance déterminée par l'état des parents, et nuisible pour l'enfant, qui devient hypervigilant et angoissé par l'abandon. L'analyse clinique de la dépression avec idées suicidaires montre que le désespoir pointe lorsqu'Antony se sent incapable de répondre aux exigences parentales démesurées. Elle montre également que ses difficultés de séparation, massives et entrainant la déscolarisation actuelle, d'avec ses parents sont très liées aux angoisses de mort qu'il a, surtout à l'égard de la santé physique de son père, et du rôle pathogène qu'il pense avoir à son égard. Il adhère donc totalement aux propos de ce dernier quant au rôle qu'il pourrait avoir sur sa mort. Lors des permissions, Antony retournait à son domicile malgré les recommandations des soignants, pour voir son père et revenir. Il rapportait souvent des informations sur sa santé physique.

Concernant son rapport à la réalité, Antony, en présence de ses parents en entretien, avait des propos adaptés (accusation des violences parentales, défenses de ses besoins d'autonomisation, de valorisation,…). Cependant, il s'est avéré que son sentiment de persécution était palpable à d'autres moments, en leur absence surtout, notamment vis-à-vis des soignants qui voulaient le protéger, mais aussi de tous les adultes de façon générale et des adolescents. L'hospitalisation a été vécue par lui comme une maltraitance à son égard, comme à celui de ses parents, dont il a justement perçu le degré de blessure narcissique dans la remise en question.

Cotation du cas d'Antony :

Maltraitances : AS (non) – AP (oui) – AE (oui) – NP (non) – NE (oui) : **3/5**
Autodestruction : TCA (non) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (non) - pensées suicidaires (oui) – tentative de suicide (non) – suicide effectif (non) – autre (non) : **1/8**
Risques familiaux : Education (oui) – Distance (oui) – Couple (non) – Antécédents (oui) – Autonomie (oui) : **4/5**
Incapacité : Famille (oui) - Amis (oui) - Scolarité (oui) - Physique (oui) - Psychique (oui) **: 5/5**
Score EGF : 20/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 17/20
Conscience du patient du danger relationnel : 5/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 5/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 6/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : psychotique

Cas 2 Joséphine :

Joséphine, jeune fille de 15 ans est hospitalisée en psychiatrie pour traitement d'une dépression et idées noires. Elle a un frère, aîné de 2 ans, et ses parents sont séparés depuis sa petite enfance. Sa mère souffre d'alcoolisme et d'une problématique suicidaire (avec plusieurs tentatives de suicide), est régulièrement hospitalisée pour sevrages d'alcool. Il est décrit chez elle une enfance traumatique et abandonnique. Le père de Joséphine est en bonne santé, il est gendarme. Tous deux ont refait leur vie. Joséphine et son frère ont d'abord vécu chez leur mère, puis en garde alternée, enfin de façon exclusive chez le père. Madame a eu une petite fille avec son nouveau compagnon. Joséphine rapporte de violentes altercations au sein du couple.

Joséphine est hospitalisée pour la 3ème fois en psychiatrie. Chaque épisode, à 13, 14, 15 et 16 ans, correspondait à un état dépressif relativement aigu. Lors de la première hospitalisation, le signalement réalisé a eu pour effet un placement de la petite sœur de 5 ans alors en foyer. Dans l'année suivante, Joséphine développe un diabète insulinodépendant.

Au cours des hospitalisations, nous apprenons au fur et à mesure que la confiance s'établit avec les années, que Joséphine a subi des violences physiques et verbales de la part de sa mère au cours de son enfance. Elle a sur le dos une cicatrice de 5 cm qui résulte d'un coup reçu via la porte de garage. Elle fait ensuite part d'attouchements qu'elle aurait subi de la part de son cousin, à l'âge de 8 ans.

Cotation du cas de Joséphine :

Joséphine a été victime et témoin de violences, a développé des comportements d'autodestruction. Notamment, elle a réalisé des tentatives de suicide à l'insuline, qui présentent d'emblée une gravité importante. Cette jeune fille a maintenu malgré tout un investissement amical et scolaire et un certain maintien du sens de la réalité. Nous avons noté toutefois qu'avec l'avancée dans l'adolescence, le côté « caractériel » de sa personnalité boudeuse, évoluait de plus en plus vers des mises en danger avec une diminution de ce rapport à la réalité.

Maltraitance: AS (oui) – AP (oui) – AE (oui) – NP (oui) – NE (oui) : **5/5**
Autodestruction : TCA (non) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (oui) - pensées suicidaires (oui) – tentative de suicide (oui) – suicide effectif (non) – autre (non) : **3/8**
Risques familiaux : Education (oui) – Distance (non) – Couple (non) – Antécédents (oui) – Autonomie (non) : **2/5**
Incapacité : Famille (non) - Amis (non) - Scolarité (non) - Physique (oui) - Psychique (oui)

Score EGF : 20/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 17/20
Conscience du patient du danger relationnel : 16/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 13/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 5/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : limite

Cas 3 Jeanne :

Jeanne est une jeune fille de 17 ans, hospitalisée en psychiatrie pour traitement d'une anorexie mentale et dépression avec idées suicidaires. Elle vit avec sa sœur jumelle et ses deux parents professeurs. On note dans ses antécédents une hospitalisation en réanimation de 3 semaines à la naissance pour inhalation de liquide amniotique.

La mère développe autour de la grossesse un trouble de l'humeur sévère avec plusieurs hospitalisations en psychiatrie dans les années suivantes, et avec un passage à l'acte type 'suicide altruiste' lorsque ses filles ont 5 ans. Elle tente d'étrangler Jeanne.

Jeanne développe son trouble alimentaire à 12 ans, et ses idées suicidaires à 13 ans. S'ensuivent 5 ans d'hospitalisations quasi-continues pour ces deux raisons cliniques, successives ou simultanées.

Jeanne est scolarisée en 1ère L avant le début des troubles. Elle décroche scolairement ensuite. Elle a des amis et un petit ami depuis quelques mois. Sa sœur est également suivie en psychiatrie pour des passages à l'acte suicidaires.

Cotation du cas de Jeanne :

Maltraitances: AS (non) – AP (oui) – AE (oui) – NP (non) – NE (non) : **2/5**
Autodestruction : TCA (oui) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (oui) - pensées suicidaires (oui) – tentative de suicide (oui) – suicide effectif (non) – autre (non) : **4/8**
Risques familiaux : Education (non) – Distance (oui) – Couple (non) – Antécédents (oui) – Autonomie (non) : **2/5**
Incapacité : Famille (oui) - Amis (non) - Scolarité (oui) - Physique (oui) - Psychique (oui) **: 4/5**
Score EGF : 10/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 19/20
Conscience du patient du danger relationnel : 3/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 6/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 7/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : psychotique

Dans le cas de Jeanne, nous pouvons noter que le facteur de violence traumatique a été unique mais tellement irreprésentable qu'il a été non travaillable psychiquement (autant avec Jeanne qu'avec sa famille).

Cas 4 Loana :

Loana est une jeune fille de 14 ans. Elle est hospitalisée en psychiatrie pour traitement d'une dépression et idées noires. Elle est fille unique d'un couple séparé depuis qu'elle a 2 ans. La garde est attribuée exclusivement à sa mère sur décision de justice (pour éthylisme chronique du père). Loana voit son père au travers de rencontres médiatisées jusqu'à l'âge de 8 ans puis par l'intermédiaire de la tante paternelle jusqu'à l'âge de 12 ans. Le père a été incarcéré pendant 18 mois, ce qui correspond au moment du décrochage scolaire de Loana (début 4ème).

La première hospitalisation en psychiatrie survient dans les suites d'une révélation à 13 ans d'attouchements anciens de la part de son père (lors des rencontres médiatisées où la tante la laissait seule avec son père). La symptomatologie de Loana est constituée d'un tableau dépressif avec des éléments post traumatiques. Les symptômes s'améliorent au cours de cette hospitalisation. Les interactions observées entre Loana et sa mère sont marquées par une grande incohérence de la mère avec des injonctions paradoxales faites à sa fille, un manque de protection, voire une exposition de Loana vers des contacts avec son père malgré le refus de Loana. Un signalement est réalisé et Loana est placée en famille d'accueil.

La seconde hospitalisation survient un an après, alors que Loana présente de plus en plus d'éléments dépressifs, suicidaires et post traumatiques. Elle est alors en internat et famille d'accueil le week-end, et suit une formation professionnelle. Le travail se poursuit avec Loana et sa mère, notamment autour d'un accompagnement psychologique de leur séparation. La mère de Loana semble à la fois sensible aux besoins de son enfant (matériels, alimentations, santé), mais très à côté des besoins émotionnels. Les troubles de madame n'empêchent pas que celle-ci travaille comme hôtesse d'accueil, mais font qu'elle refuse catégoriquement tout suivi psychiatrique. Elle semble ne pas être en danger personnellement, ni décompenser psychiquement. Son état est stable. C'est l'interaction avec sa fille qui est l'élément le plus pathologique, associant intrusions massives physiques et psychiques, mouvements d'amour et de mépris envers sa fille très rapidement changeants.

Cotation du cas de Loana :

Maltraitances: AS (oui) – AP (non) – AE (oui) – NP (non) – NE (oui) : **3/5**
Autodestruction : TCA (non) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (oui) - pensées suicidaires (oui) – tentative de suicide (oui) – suicide effectif (non) – autre (non) : **3/8**
Risques familiaux : Education (non) – Distance (oui) – Couple (oui) – Antécédents (oui) – Autonomie (non) : **3/5**
Incapacité : Famille (oui) - Amis (non) - Scolarité (non) - Physique (oui) - Psychique (oui) **: 3/5**
Score EGF : 25/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 19/20
Conscience du patient du danger relationnel : 16/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 13/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 5/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : limite

Un petit peu comme dans le cas de Joséphine, nous avons observé dans le cas de Loana que le rapport à la réalité, plutôt bon en début d'adolescence, s'altérait avec l'avancée dans l'adolescence, parallèlement à l'intensité croissante de l'autodestruction.

Cas 5 Marie :

Marie, jeune fille de 15 ans, est hospitalisée suite à une tentative de suicide médicamenteuse. Elle est suivie depuis deux mois par un psychiatre, et a été suivie 6 mois par une psychothérapeute. Le jour de l'admission à l'hôpital, la mère fait un récit impressionnant des antécédents médicaux de Marie : migraines, céphalées de tension, scoliose, méningite, dépression, constipation chronique,… De ce fait, Marie a rencontré un très grand nombre de médecins. La mère, secrétaire médicale, a également apporté un dossier très bien tenu et très précis de toutes les consultations, prescriptions de sa fille, depuis longtemps. Son carnet de santé rapporte également de très nombreux examens réalisés, la plupart normaux. Les parents se montrent tout d'abord très soutenant des soignants au moment de l'admission de leur fille. C'est la semaine d'après qu'ils se montreront agressifs envers les médecins, qui semblent être tout autant diabolisés qu'ils n'ont été idéalisés. L'observation hospitalière montre que Marie ne présente pas les symptômes qui sont supposés l'avoir conduite à cette tentative de suicide : une maladie bipolaire qui a fait décider un traitement régulateur de l'humeur 2 mois avant l'hospitalisation. Lorsque nous évoquons aux parents l'absence de maladie mentale de leur fille, la mère au lieu de se rassurer, s'inquiète. Marie aussi, surenchérit sur sa folie, en proférant des menaces suicidaires. En même temps, elle reproche à ses parents leurs inquiétudes disproportionnées, qui l'obligent à leur envoyer un sms toutes les demies-heures pour leur témoigner qu'elle va bien. Un diagnostic de syndrome psychiatrique de Münchhausen par procuration a été porté, qui n'empêche pas l'existence d'un trouble de personnalité, Marie n'étant aujourd'hui traversée que par des idées noires et des angoisses en rapport avec le contrôle/ le lâcher prise, la confiance aux autres.

Cotation du cas de Marie :

Maltraitances : AS (non) – AP (oui) – AE (oui) – NP (non) – NE (non) : **2/5**
Autodestruction : TCA (non) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (oui) - pensées suicidaires (oui) – tentative de suicide (oui) – suicide effectif (non) – autre (non) : **3/8**
Risques familiaux : Education (non) – Distance (oui) – Couple (non) – Antécédents (oui) – Autonomie (oui) : **3/5**
Incapacité : Famille (oui) - Amis (non) - Scolarité (non) - Physique (oui) - Psychique (oui) : **3/5**
Score EGF : 20/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 17/20
Conscience du patient du danger relationnel : 8/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 13/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 6/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : limite

Le facteur jugé central ici est porté par les projections maternelles sur la bipolarité de Marie (qui tiendrait de sa grand-mère maternelle), et paternelles sur la destinée d'accidents et de maladresses qu'il projette sur sa fille comme il a observé sur sa mère.

Cas 6 Aurélien :

Aurélien est un garçon de 17 ans, adressé en hospitalisation par le psychiatre de son hôpital de jour pour repli à domicile et rupture de soins. Il a été diagnostiqué autiste dans l'enfance. Il est enfant unique et vit seul avec sa mère. Ses parents se sont séparés lorsqu'il avait 2 ans. Il ne voit plus son père. Avant l'hospitalisation, Aurélien a présenté à la maison des comportements inadaptés (casser la box internet), justifiant cela par le fait qu'il voulait changer d'abonnement. Sa mère répond à cela qu'elle n'a jamais mis trop de limites à son fils depuis l'enfance.

Le cas d'Aurélien rapporte un abandon du père (négligence physique et affective), qui a probablement eu lieu après le début des troubles. Le degré de pathologie est lourd et relativement peu aigu.

Cotation du cas d'Aurélien :

Maltraitances : AS (non) – AP (non) – AE (non) – NP (oui) – NE (oui) : **2/5**
Autodestruction : TCA (non) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (non) - pensées suicidaires (non) – tentative de suicide (non) – suicide effectif (non) – autre (non) : **0/8**
Risques familiaux : Education (oui) – Distance (non) – Couple (non) – Antécédents (non) – Autonomie (non) : **3/5**
Incapacité : Famille (non) - Amis (oui) - Scolarité (oui) - Physique (non) - Psychique (oui) : **3/5**
Score EGF : 35/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 2/20
Conscience du patient du danger relationnel : 1/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 3/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 6/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : psychotique

Cas 7 Erwan :

Erwan est un garçon de 15 ans, hospitalisé pour violences sur les objets de la maison (a renversé une armoire notamment). Ce garçon est le benjamin d'une fratrie de 3. Son frère et sa sœur aînés sont décrits comme de jeunes adultes calmes, sans problèmes, et très bons élèves. Erwan, en revanche, a toujours eu des difficultés scolaires, sans que cela ne soit mis sur le compte de difficultés psychiatriques. Erwan a été hospitalisé deux fois dans des contextes relativement similaires et l'évaluation clinique a mis en évidence à chaque fois un syndrome dépressif avec idéations suicidaires, avec haut risque de passage à l'acte. Notamment, l'équipe soignante a été très inquiète de ce risque après un de ces entretiens familiaux au cours desquels les deux parents avaient d'une voix commune un discours critique, exigent et implicitement rejetant de leur fils. Selon eux, Erwan était à l'origine de tous les problèmes familiaux. Les parents imaginaient que les problèmes du groupe familial seraient réglés si Erwan n'était pas là.

L'analyse de l'histoire transgénérationnelle a montré que les deux parents avaient chacun été l'enjeu de favoritisme dans leur fratrie, ou en tout cas, avaient été témoins de conflits intenses à l'adolescence entre leurs parents et leur frère ou leur sœur, notamment autour de questions scolaires. Selon eux, l'éducation de leurs parents était non critiquable et le frère ou la sœur était effectivement considéré comme l'origine de tous les problèmes de la famille à cette époque. Pour chacun, Erwan renvoyait inconsciemment à leur fratrie.

Dans ce contexte, l'hospitalisation en psychiatrie d'Erwan a été vécue par celui-ci comme un arrêt signant sa folie et son rejet du groupe familial, renforçant ainsi le risque suicidaire. Par ailleurs, ce patient ne présentait pas de symptômes d'allure psychotique. Ses difficultés scolaires étaient à hauteur de sa permanente autodévalorisation, mais n'empêchaient pas en elles-mêmes la poursuite d'une scolarité. En revanche, les angoisses de séparation étaient massives et entravaient ses capacités d'investissement de son monde interne et de ses capacités intellectuelles.

Cette situation est l'exemple d'un haut risque de morbidité directement lié à peu de dimensions relationnelles, mais qui sont très intenses (essentiellement le rejet et la projection de craintes parentales liées à leur histoire). Ainsi, le niveau de fonctionnement global est très altéré (10/100) avec un enjeu vital, mais le niveau de sévérité symptomatique sur le plan médical est faible (2/7).

Cotation du cas d'Erwan :

Maltraitances: AS (non) – AP (non) – AE (oui) – NP (non) – NE (non) : **1/5**
Autodestruction : TCA (non) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (non) - pensées suicidaires (oui++) – tentative de suicide (non) – suicide effectif (non) – autre (non) : **1/8**
Risques familiaux : Education (oui) – Distance (oui) – Couple (non) – Antécédents (oui) – Autonomie (oui) : **4/5**
Incapacité : Famille (oui) - Amis (non) - Scolarité (oui) - Physique (non) - Psychique (oui) : **3/5**
Score EGF : 10/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 19/20
Conscience du patient du danger relationnel : 15/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 16/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 2/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : limite

Cas 8 Christophe :

Christophe est un garçon de 16 ans, hospitalisé pour bizarreries du comportement et violences. Depuis plusieurs mois, il erre, parle seul, a un discours de moins en moins logique. L'hospitalisation confirme le diagnostic d'entrée dans la schizophrénie. Il est traité pendant plusieurs mois, la poursuite de l'hospitalisation est longue du fait de sa violence physique importante et persistante à l'égard d'autrui (soignants et parents), renforcée également par la consommation régulière de cannabis.

Christophe est un enfant adopté à l'âge de 10 mois. Il a été abandonné par sa mère à la naissance, confié en famille d'accueil dans son pays d'origine jusqu'à son adoption. Il est enfant unique du couple parental.

Cotation du cas de Christophe :

Nous ne savons pas si la mère biologique de Christophe l'a abandonné dans la rue ou confié à une institution, ce qui déterminerait la réalité d'une négligence physique en plus d'une négligence affective. Il y a en tout cas abandon d'enfant (cf CAN-MDS qui distingue ce critère de ceux de négligences physiques et affective).

Maltraitances: AS (non) – AP (non) – AE (non) – NP (non ?) – NE (oui ?) : **1/5 + abandon ?**
Autodestruction : TCA (non) – Substances (oui) – fugues (non) – automutilations (non) - pensées suicidaires (non) – tentative de suicide (non) – suicide effectif (non) – autre (non) : **1/8**
Risques familiaux : Education (oui) – Distance (oui) – Couple (oui) – Antécédents (oui) – Autonomie (oui) : **3/5**
Incapacité : Famille (oui) - Amis (oui) - Scolarité (oui) - Physique (non) - Psychique (oui) : **4/5**
Score EGF : 10/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 14/20
Conscience du patient du danger relationnel : 0/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 2/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 7/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : psychotique

Cas 9 Meriem:

Meriem est une jeune fille de 17 ans, hospitalisée suite à une ingestion médicamenteuse volontaire dans un contexte de conflits avec ses parents. Depuis plusieurs mois, ces conflits sont croissants et portent sur les relations de Meriem. Son père lui reproche d'avoir de mauvaises fréquentations et de mettre en péril sa scolarité. Effectivement, Meriem sort avec un petit ami qui a eu des problèmes judiciaires, et par ailleurs, ses notes chutent. Meriem a un petit frère et vit avec lui et ses deux parents. La mère est d'origine française, le père a immigré en France au début de ses études. Il a gravi les échelons professionnellement mais regrette de ne pas avoir pu faire de meilleures études, comme son frère avocat. Les mauvaises fréquentations et histoires de bandes font partie de souvenirs douloureux de son histoire, qu'il refuse de livrer. Ces derniers mois, Meriem a pu être suivie par son père au sortir des cours et a fugué une fois du domicile. Les disputes entre eux sont permanentes au domicile, d'après la mère.

Cette situation fait apparaître, chez une jeune fille peu malade, des enjeux éducatifs trop rigides sur fond d'évènements de vie compliqué d'un parent, projeté sur l'enfant, avec une non prise en compte de ses besoins réels d'autonomisation. Les comportements de l'adolescent évoluent dans le sens des pires craintes (ou projections) parentales. Les entretiens sont fluides et faciles, le rapport à la réalité est totalement préservé, mais la patiente a fugué une fois de l'hôpital, comme pour reprendre contrôle de sa situation. Une fois cette reprise de contrôle vérifiée, et le travail hospitalier fait dans le sens de son autonomie (travail sur l'engagement, la parole et le maintien des permissions), la patiente a été constamment mieux. A la sortie, le père, qui a peu pu évoluer en termes de questionnement, a décidé de confier sa fille à sa famille marocaine au pays, pour qu'elle échappe à un environnement trop dangereux en banlieue parisienne, la jugeant incapable de faire face à ce milieu jugé trop hostile.

Cotation du cas de Meriem :

Les restrictions de liberté pourraient entrer dans l'item 'négligence physique'. Il est en tout cas au moins question de négligence émotionnelle (des besoins d'autonomisation).

Maltraitances : AS (non) – AP (non) – AE (non) – NP (non ?) – NE (oui) : **1/5**
Autodestruction : TCA (non) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (non) - pensées suicidaires (oui) – tentative de suicide (oui) – suicide effectif (non) – autre (non) : **1/8**
Risques familiaux : Education (oui) – Distance (oui) – Couple (non) – Antécédents (oui) – Autonomie (oui) : **4/5**
Incapacité : Famille (oui) - Amis (non) - Scolarité (oui) - Physique (non) - Psychique (oui) : **3/5**
Score EGF : 50/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 6/20
Conscience du patient du danger relationnel : 19/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 18/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 2/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : névrotique

Cas 10. Yaëlle

Pour contraster avec la sévérité des situations observées en unité de crise (notamment sur le maintien d'un relativement bon niveau de fonctionnement général), un cas clinique de consultation est rapporté ci dessous.

Yaëlle est une patiente suivie depuis plusieurs années en consultation pour dépression avec restriction alimentaire modérée et échec scolaire ayant débuté en seconde. Elle est au milieu d'une grande fratrie (5) et ses deux parents travaillent comme esthéticienne et commercial. Le suivi psychiatrique a révélé l'existence de facteurs familiaux au premier plan des idées dépressives de Yaëlle, qui relèvent de négligences répétées de ses besoins (inattention chronique de la mère, du père, adultes indisponibles, surtout en comparaison aux frères). Les attentes concernant ses études sont à la fois inappropriées et les résultats non valorisés ou dévalorisés. Le suivi de consultation, qui n'a jamais inclus de traitement médicamenteux ni d'hospitalisation, a permis à Yaëlle de trouver un espace de parole et de soutien. Une psychothérapie individuelle a été mise en place et très utile, la thérapie familiale a été refusée par le père et les frères. Seule la mère est impliquée par le suivi, mettant souvent plus en avant ses difficultés à elle que celles de sa fille, tout en reconnaissant ses insuffisances vis-à-vis de Yaëlle.

Cotation du cas de Yaëlle :

Maltraitances: AS (non) – AP (non) – AE (non) – NP (non) – NE (oui) : **1/5**
Autodestruction : TCA (oui) – Substances (non) – fugues (non) – automutilations (non) - pensées suicidaires (non) – tentative de suicide (non) – suicide effectif (non) – autre (non) : **1/8**
Risques familiaux : Education (oui) – Distance (non) – Couple (oui) – Antécédents (non) – Autonomie (oui) : **3/5**
Incapacité : Famille (non) - Amis (non) - Scolarité (non) - Physique (non) - Psychique (oui) : **1/5**
Score EGF : 65/100
Score total Situation de Danger Relationnel estimé par le clinicien: 4/20
Conscience du patient du danger relationnel : 16/20
Niveau de rapport à la réalité générale : 20/20
Degré de sévérité symptomatique (ICG) : 3/7
Structure psychopathologique évaluée (névrotique, limite, psychotique) : névrotique

Rem : répartition par catégories des risques familiaux pour simplification de cette analyse :

- Couple : Enfant enjeu = Loyauté, conjugopathie, violences, cohésion, conflits sur l'enfant
- Distance : climat incestuel/ intrusion/symbiose, manque d'intimité familiale/trop d'intimité, chaleur/froideur,
- Education : capacité à poser des limites, exigences, protection/surprotection, réconfort, adaptabilité/rigidité, prévisibilité, cohésion
- Antécédents: Maladies/Pathologies somatiques/ diagnostics psychiatriques des parents (menaces suicidaires)/ communication paradoxale, double-lien, projections (comportements à risque, pathologies physiques, psychiques (Munchhaüsen par procuration), mauvais objet (à l'origine des problèmes de la famille, dangereux)), parent effrayé par l'enfant
- Autonomisation de la famille/Insertion sociale : climat de peur du monde extérieur/ isolement des pairs/ capacité à laisser son enfant investir le monde extérieur à la famille

13 DISCUSSION

13.1 Définitions et redéfinitions

Comme nous l'avons signifié plus haut, les définitions les plus usuelles des maltraitances évoquent les conséquences sur la santé de l'enfant et son développement. Notre étude confirme l'association entre les maltraitances et la gravité des maladies psychiques. Néanmoins, cette constellation médicale associée aux maltraitances ne doit pas selon nous être une condition de définition de la violence ou de l'omission.

Bien que nous continuions à utiliser dans ce texte le terme de maltraitance par facilité, les termes de violences et négligences nous paraissent bien plus appropriés, en ce qu'ils permettent de s'affranchir d'un certain nombre de représentations en terme d'âge des auteurs, d'intentionnalité, de conscience de blesser, etc…En effet, la question de la conscience et de l'intentionnalité sont bien trop complexes pour entrer dans des définitions simples des maltraitances. De plus, elles ne garantissent pas une plus grande facilité à interrompre ces comportements. C'est plutôt l'abandon du terme 'maltraitance' qui aidera à se dégager de la question de l'intentionnalité. Peu importe de qui et dans quelle intention, il y a eu violence…

Nous retenons au terme de cette étude les définitions des catégories de maltraitances suivantes, issues de la CAN-via-MDS :

Actes de violence sexuelle : tout accomplissement ou tentative d'accomplissement (incomplet) d'une acte sexuel, contact sexuel, exploitation, dont les actes de violences sexuelle et d'exploitation sexuelle à l'encontre d'un enfant. L'auteur des actes peut être un adulte ou un autre enfant.
Nous précisons : L'abus sexuel est par définition également un abus physique et émotionnel.

Actes de violence physique : comprend les actes de violence physique, les châtiments corporels/ disciplinaires ; des actes violents aussi reconnus comme pratiques préjudiciables ; actes de maltraitance avec menace sur la vie ; actes relatifs à l'enlèvement d'enfant ; violations institutionnelles et systémiques des droits de l'enfant.
Nous précisons : L'abus physique est également par définition un abus émotionnel.

Avec intention : selon nous, l'intentionnalité n'a pas sa place dans la définition de la violence physique. Elle peut être intentionnelle ou non et être tout aussi délétère pour la victime. Seule pour la justice, l'intentionnalité peut être un facteur aggravant.

Actes de violence psychologique (ou émotionnelle): infliger des souffrances mentales régulières à l'enfant; cela comprend des actes violents avec ou sans conséquences manifestes ; des actes violents relatifs à l'exploitation de l'enfant ; des actes violents relatifs à l'exposition de l'enfant.
Ces violences n'ont pas besoin d'être délibérées, ni d'avoir des effets observables, prolongés et néfastes sur le développement physique, mental et affectif de l'enfant pour être considérées comme des violences psychologiques.

Omissions : omissions dans les soins apportés à l'enfant qui peuvent se concrétiser par de la négligence de rencontrer les besoins de l'enfant, dont les besoin affectifs, physiques, médicaux et éducatifs, l'exposition de l'enfant au danger ; une surveillance inadéquate ; un refus de garde et abandon ; *ces omissions sont délibérées (abus par privation) ou non.*

Négligence physique : couvre notamment la nutrition inadéquate ou inappropriée ; l'hygiène personnelle ; les vêtements ; la protection.
La négligence physique est également par définition une négligence affective.

Négligence affective (ou émotionnelle) : comprend, entre autres, l'ignorance répétée des besoins affectifs de l'enfant ; l'inattention chronique à l'enfant, soignant(s) psychologiquement indisponible(s) ; attentes poussées inappropriées.

A ces deux catégories de négligences sont ajoutées dans la CAN-via-MDS, les catégories suivantes exploitées sous la notion d'omissions :

Négligence médicale : Notamment refus ou omission d'assurer les soins de santé préventifs, refus de permettre/d'assurer les soins médicaux pour un problème de santé/une déficience diagnostiquée ; délai injustifié dans la recherche de soins médicaux; omission d'assurer les soins médicaux essentiels : différer des soins essentiels.

Négligence éducative : comprend mais pas exclusivement l'omission répétée d'inscrire l'enfant à l'école ; présence irrégulière à l'école ; absentéisme chronique ; refus de participer à l'enseignement spécialisé.

Autres :

Omissions relatives à l'exposition au danger : comportement négligent intentionnellement ou non, quant aux besoins de protection de l'enfant vis-à-vis d'un danger auquel il peut être exposé.

Omissions relatives à la supervision : comportement négligent intentionnellement ou non, quant aux besoins de supervision de l'enfant vis-à-vis de son âge et de ses besoins d'autonomisation.

Refus de garde/abandon : refus de prendre à sa charge l'enfant dont on est le responsable légal ; comprend notamment les arrangements de garde instables ; les transferts illégaux de garde ; le refus de garde d'un enfant ; l'abandon d'enfant.

Nous continuerons dans la suite de ce texte à utiliser parfois le terme de maltraitances par simplicité, mais privilégions dorénavant les termes définis ci-dessus. De même, nous avons initialement utilisé les termes d'abus et privilégions dorénavant ceux de violences. Enfin, le terme 'psychologique' est plus général qu'émotionnel ou affectif (que nous tenons tous deux pour équivalents dans un tel cadre), et nous paraît également préférable car moins restrictif, même si les émotions sont toujours impliquées.

13.2 Prévalence générale des maltraitances et des interactions familiales à risque :

Notre étude rapport des taux conséquents de violences et omissions chez les adolescents hospitalisés. Ces chiffres sont pour la plupart (violences sexuelles, physiques, négligences physiques) cohérents avec la littérature internationale. Ce sont les violences et négligences psychologiques qui sont à notre avis le plus sous-estimés dans la population générale et aussi dans les populations cliniques. Cela n'est pas tellement étonnant dans la mesure où ces violences sont celles qui se voient le moins. Lors d'une hospitalisation, les entretiens médicaux et autres moments informels avec les patients et leurs famille (retour et départs en permissions, visites), sont des moments d'observation des interactions familiales. A notre sens, la sous-estimation qui est généralement rapportée dans les études sur les différentes formes de maltraitance, se retrouve largement ici.

Par ailleurs, il nous semble que les difficultés psychiques que nous rencontrons en pédopsychiatrie ne sont pas assez envisagées socialement et médicalement comme étant aussi associées à ces différentes formes de violences. Or, les pédopsychiatres l'observent tous les jours, les intrications sont permanentes. Cette étude a pour fonction de mettre en évidence cela. Notre bilan révèle que les violences faites aux adolescents qui ont des problèmes psychiques ne sont effectivement pas des « mauvais traitements » au sens d'un abus délibéré, intentionnel. Elles sont le plus souvent, et les chiffres sont éloquents, associées à des difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, qui aboutissent (là encore délibérément ou non, et peu importe finalement si ce n'est le facteur juridique aggravant) à ce que les besoins de l'enfant ne soient pas remplis, voire même identifiés. Notre population clinique d'adolescents est donc à l'image de ce besoin primordial de dissocier l'intentionnalité des actes de leur nature et de leurs conséquences. Les difficultés psychologiques des parents peuvent d'ailleurs être source de moins ou de plus d'intentionnalité vis-à-vis des traitements de l'enfant, selon les situations. Certains parents, du fait de leur histoire, ont développé une haine vis-à-vis de leur enfant, et font des actes intentionnellement maltraitant, d'autres, pris dans leurs difficultés personnelles, s'éloignent des considérations des besoins de leur enfant comme de la conscience de leurs actes ou de leurs conséquences (avec donc une intentionnalité moindre). Ce critère 'difficultés psychiques des parents' ne fait donc absolument pas basculer la question de l'intentionnalité dans un champ ou l'autre. Ainsi, les trois aspects (intentionnalité, nature des actes ou omissions, conséquences) peuvent être analysés indépendamment et plus justement nous pensons.

L'échelle que nous avons élaborée autour de la notion d'interactions familiales à risque nous a permis d'élaborer le terrain sur lequel pouvaient se nicher dans certains cas les violences et omissions. Nos résultats montrent que la présence de ces facteurs, très fréquente, est associée statistiquement à la survenue de ces violences et omissions, et également à la gravité du tableau médical. Ces critères devraient alors selon nous permettre un dépistage des situations qui ne sont pas encore forcément problématiques, et donner des pistes concrètes de travail aux professionnels de l'enfance et de l'adolescence, via la prévention en politique de la famille notamment.

13.3 Intensité générale des maltraitances :

L'intensité des violences et omissions est une donnée importante pour élaborer une analyse statistique en population clinique, notamment afin de mesurer le poids des associations avec d'autres données cliniques. Si nous effectuons l'hypothèse que les maltraitances ont des corrélats avec le niveau de souffrance, avec la gravité du tableau clinique ou bien avec le fonctionnement émotionnel, nous supposions qu'il existe un effet quantitatif ajouté à un effet qualitatif. Cette hypothèse a été vérifiée dans notre étude.

Mais l'analyse qualitative a révélé qu'un abus psychologique unidimensionnel peut être d'une gravité extrême et mettre en jeu le pronostic vital (par le biais du suicide par exemple). Chaque item doit donc également pouvoir être pondéré par sa propre intensité pour donner une idée réelle du danger. Le rejet familial à l'œuvre chez Erwan, associé à l'idée collectivement partagée par tous les autres membres de la famille qu'il était devenu dangereux pour l'équilibre familial, nous a fortement fait craindre le risque suicidaire. Nous avons estimée à 19/20 le niveau de danger relationnel. Pourtant, Erwan cotait à un seul type de maltraitances sur 5, un type d'autodestruction sur 8, et 4 critères de climat familial à risque sur 5. Le score qui évalue le mieux le niveau de danger ne peut donc pas être la somme des critères concernés. Chaque critère de maltraitance ou de climat relationnel peut impacter énormément le tableau clinique du patient. Cela constitue une limite importante de nos résultats statistiques, car chaque critère (tant au niveau des maltraitances que du climat familial) peut constituer en soi une force aussi importante que la somme de tous les autres critères présents. Cet aspect est très difficile à intégrer statistiquement.

13.4 Sollicitation des services sociaux

La part de sollicitation des services sociaux s'élève à 25% dans notre échantillon, ce qui paraît faible au vu du nombre de situations très problématiques que nous relevons. Cette sollicitation est réalisée dans tous les cas de violences sexuelles et physiques, mais aussi dans des cas d'abus psychologique. Les signalement faits pour violences sexuelles et physiques sont ceux qui sont les plus consensuels dans leur réalisation, étant donné la 'facilité' à se représenter les actes, leurs conséquences, et la façon de juger de l'efficacité de la mesure mise en place pour prévenir leur récidive. Mais pour les autres situations, les représentations sont beaucoup moins partagées. C'est le cas répété de patients violents vis-à-vis de mères avec qui ils sont dans une proximité physique et psychique qui les met manifestement en danger, mais

pour qui la description des violences psychologiques dont ils sont victimes est très complexe à réaliser : patients rabaissés, exigences démesurées, parole systématiquement invalidée ou coupée, sollicitations excessives, … Une évaluation sociale d'un parent sans l'adolescent n'y verrait absolument rien. Pourtant, ces situations nécessitent le plus souvent une mise à distance que seule une contrainte peut maintenir tant le besoin de fusion est massif, de la part de l'adolescent comme de sa mère.

La notion de manque de moyens des services sociaux joue aussi probablement son rôle dans la hiérarchisation des sollicitations et les priorités accordées par les psychiatres. Si le cas de Joséphine (décrit ci dessus, qui inclut les 5 formes de maltraitances) n'a donné lieu à aucune mesure éducative pour elle en 4 ans malgré trois signalements, quelles situations peuvent être prises en compte ? Dans cette situation, un premier signalement pour la petite sœur et les alcoolisations de la mère (avec sorties prématurée des cures) avait été classé sans suite lorsque Joséphine avait 13 ans. Notre deuxième signalement pour les mêmes raisons a abouti à un placement en foyer de la petite sœur et aucune mesure pour Joséphine et son frère, etc… Joséphine est bientôt majeure maintenant. Elle est déscolarisée, alterne toujours entre le domicile de son père et de sa mère en fonction des conflits, fume 2 à 4 joints par jour, et aucun adulte ne supervise de près le traitement du diabète qu'elle néglige complètement. Dans sa situation, le travail consacré par l'équipe hospitalière mis en œuvre pour que Joséphine accepte l'idée d'une aide éducative avait été long et houleux. Il l'a juste placée dans une position d'attente de quelque chose qui n'est jamais venu, l'exposant ainsi à des attentes insécurisantes dont elle s'était protégée en apprenant à se débrouiller seule de façon très adaptée à son histoire. Cette situation est caricaturale des questionnements quotidiens liés à la sollicitation des services sociaux. Certes, il ne revient pas au psychiatre de présupposer des moyens mis en œuvre par les services sociaux à leur place. Néanmoins, ce risque clinique pris pour les patients en cas de non réponse ou de réponse insuffisante pousse indéniablement les professionnels à raisonner ainsi.

Le cas d'Antony, signalé directement au Procureur, avait abouti à une OPP de 15 jours sur le service puis six mois de mesure judiciaire à la sortie, une plainte de la mère à l'ordre des médecins, pour qu'aucun accompagnement éducatif n'en découle après les 6 mois, les parents n'étant pas demandeurs, et Antony ayant compris qu'il ne fallait plus faire de vagues pour que sa mère n'ait pas de problèmes. Lui et ses parents ont rapidement lâché ensuite le suivi psychiatrique.

La nécessité plus récente de l'adhésion des parents à la mesure d'aide sociale à mettre en place a également rendu impossible un certain nombre de prises en charge, les plus

difficiles et peut-être les plus fréquentes pour ce qui est des violences et négligences émotionnelles, dans lesquelles les parents peuvent exprimer une acceptation en surface, mais provoquent un sabotage permanent des mesures concrètes d'aide (travail de séparation notamment, comme dans le cas d'Erwan). L'élément clinique psychiatrique correspondant, appelé 'ambivalence', est traité comme un refus lorsqu'il faut hospitaliser un patient, qui est d'accord en surface mais dont l'analyse clinique laisse penser qu'il pourrait changer d'avis rapidement et de façon inconstante, mettant ainsi en danger sa personne ou autrui. Dans ces cas, le patient est hospitalisé sous contrainte, son accord même positif est jugé non fiable dans le temps. L'équivalent social n'existe pas et cela est source d'une grande difficulté pour les psychiatres.

Que penser du cas de Jeanne et de l'interpellation des services sociaux pour des faits aussi anciens qu'un suicide altruiste maternel avec tentative d'étranglement à l'âge de 5 ans ? La mère refusait toute élaboration de ce passage, critiquant le fait que les psychiatres voulaient toujours 'refaire l'histoire'. L'impossible représentation de cette violence a certainement une place majeure dans la psychose de Jeanne.

Le cas de Loana nous avait initialement satisfait dans la prise en compte rapide des besoins de protection de la jeune fille, et l'indication de placement que nous avions signalée lors de la première hospitalisation avait été immédiatement suivie d'effet, avec mise en place d'une famille d'accueil. C'est dans un second temps que nous nous questionnons sur la pertinence d'avoir retiré Loana à sa mère pour qu'elle connaisse en 3 ans, 8 lieux d'accueil et pas moins de lieux d'hospitalisations différents. Ses mises en danger se sont multipliées, elle est beaucoup plus instable et suicidaire qu'elle n'était.

Le cas de Meriem aurait probablement été impossible à prendre en charge du fait de son départ au Maroc décidé par le père. Nous pensons ici aussi à toutes les situations dans lesquelles les jeunes alternent entre le secteur géographique de la mère et du père, et des problèmes de continuité entre département.

Le cas de Yaëlle, une négligence d'intensité modérée ne ferait à coup sûr par partie des priorités et possibilités des services sociaux, aux vues des moyens dont ils disposent. Nous n'avons jamais même évoqué l'idée du signalement d'une telle situation. De même, la mère d'Aurélien (patient autiste), aurait certainement bénéficié de l'aide d'un éducateur pour introduire des limites à son fils handicapé. Mais personne n'a réalisé de demande dans son histoire. Dans le cas de Christophe, la prééminence des symptômes psychiatriques (psychose avec hallucinations et désorganisation de la pensée) exclut-elle une prise en charge éducative (patients décrits comme trop psychiatriques) ?

Enfin, dans le cas de Marie (Münchhausen par procuration), bien que très sévère sur le plan du danger relationnel, l'implication des services sociaux aurait d'emblée rompu l'alliance avec les parents sans nous assurer qu'une mesure aurait pu assurer la contrainte pour les parents nécessaire pour protéger la jeune fille. Dans cette situation, la menace d'un signalement est plutôt gardée en tête en cas de nomadisme médical (conflit avec les parents, arrêt des soins de la jeune fille dans la structure où elle est suivie). Mais comment se sentir sérieux pour 'menacer' sans connaître la réalité de ce qui en découlerait ?

Nous constatons avec ces exemples qu'il y a besoin accablant de discuter la coordination des soins psychiatriques et des services sociaux, et sans nier l'existence de situations qui fonctionnement bien sur le plan de cette coordination, notre étude a pour objectif, par la description des facteurs relationnels sous-jacents à ces situations, de faciliter la description des besoins qui en découlent et des mesures à prendre en collégialité interprofessionnelle.

13.5 Situation de danger et souffrance subjective exprimée

La plainte exprimée par le patient concernant les violences dont il est l'objet est une donnée extrêmement importante. Elle est liée à sa conscience de l'anormalité des actes ou omissions. Pour les violences émotionnelles, les plus fréquentes dans notre échantillon, contrairement aux violences sexuelles ou physiques (pour lesquelles le plus grand nombre de jeunes connaît le caractère anormal et indéfendable), les enfants ont en tête la norme familiale, et non la norme sociale, car peu de gens communiquent sur ce « qui se fait » et « ne se fait pas » émotionnellement. Ainsi, l'arrivée à l'hôpital psychiatrique à l'adolescence est souvent le lieu d'une certaine prise de conscience, et les adolescents se retrouvent alors à la croisée de deux chemins. Les cas cliniques, par leur analyse qualitative, nous ont fait réaliser ce fait clinique important : les adolescents qui n'arrivent pas à prendre conscience du caractère anormal de leur situation, le plus souvent par enjeu de loyauté envers leurs parents (c'est le cas d'Antony), perdent le contact avec la réalité extérieure à la famille. Pris depuis des années dans un fonctionnement relationnel très pathologique, le fait de découvrir par le biais de personnes extérieures un autre aspect de leur réalité est insoutenable. Nous observons régulièrement le cas d'adolescents qui peuvent, en entretien individuel, critiquer ce qui se passe en famille, mais devant les parents, ils sont rattrapés par leur fonctionnement antérieur, et fonctionnent psychiquement (et authentiquement) comme une personne qui n'a jamais eu

ce niveau de critique, comme sous influence, tantôt des soignants tantôt des parents. Lorsque la balance pèse du côté des parents, la persécution par le reste de la société peut gagner, et lorsque la balance pèse du côté des soignants, c'est le risque suicidaire qui apparaît avec la prise de conscience ou avec la souffrance engendrée par cette conscience des travers de leurs origines.

13.6 La présomption de la réalité de la maltraitance par le psychiatre

Il nous est apparu important, au début de cette étude, d'expliciter à quel point le psychiatre pensait vraisemblable les actes de maltraitance (notamment sexuelle), pour aller plus loin dans la compréhension des actes thérapeutiques et de signalement qui en découlent. En effet, les services sociaux reprochent souvent aux professionnels de la santé (psychiatres, pédiatres, urgentistes et médecins généralistes) de ne pas déclarer toutes les situations de maltraitances observées. Ce à quoi les professionnels en question répondent souvent qu'ils agissent d'abord dans l'intérêt du patient et qu'ils ont souvent besoin d'accompagner un patient dans la durée, avant que la confiance suffisante ne s'établisse pour gérer les suites familiales des révélations (nous pensons surtout aux révélations d'inceste), dans lesquelles les patients risquent une exclusion radicale de leur famille qui peut engendrer des conduites suicidaires graves et d'autant plus graves qu'ils n'ont pas établi ces liens de confiance extrafamiliaux. De plus, leur état est parfois jugé trop fragile pour être exposé à une confrontation avec l'agresseur. Les professionnels de santé répondent aussi souvent qu'un grand nombre de patients qui ne sont pas en possession de leurs moyens psychiques révèlent des abus, mais leur discours étant désorganisé, ils ne sont pas en état d'être auditionnés par la police ou les services sociaux, c'est-à-dire qu'ils sont incapables de produire des phrases cohérentes qui auraient valeur de déclaration, et pourraient développer un vécu traumatique d'un entretien centré sur ces maltraitances dans cet état psychique, qui viendrait alors alimenter éventuellement un délire.

A côté de cela, le professionnel de santé, comme n'importe quel humain à qui l'on raconte un fait grave, essaiera spontanément de se faire une idée de la vraisemblance de la situation. Autant il paraît indispensable d'avoir en tête que ce rôle revient au niveau légal exclusivement aux enquêteurs (juge, expert, police), autant le professionnel du psychisme est soumis à cette question, ce doute, cette incertitude, qui va conditionner la technique de travail autour de cette information (indépendamment de la question du signalement). Sans émettre de jugement moral sur cette question, nous avons surtout essayé de mesurer la question de la

vraisemblance dans notre grille. Nous précisons que cette question se limite essentiellement à la violence sexuelle et au harcèlement ou autres violences occasionnées par les pairs. Pour les autres catégories de violences familiales, la famille étant reçue par le psychiatre, la parole de l'adolescent passe au second plan derrière l'observation des interactions, ou le récit des faits par les parents, corroborés ou non par l'adolescent.

Notre expérience montre que la vraisemblance des faits est évaluée par un faisceau d'arguments qui, au delà de la corroboration des récits par l'entourage, implique également d'une part une cohérence médicale entre les faits et les conséquences psychiques observées (par exemple symptômes post-traumatiques), et, d'autre part, la place du récit dans la relation de soins (certains récits 'mythomaniaques' ont pour fonction d'attirer l'intérêt, de susciter l'inquiétude, d'autres récits d'abus sont faits alors que l'adolescent n'y a pas 'd'intérêt' au sens relationnel, voire même se met gravement en danger familialement en le faisant).

Il nous apparaît au terme de cette étude, que le reproche fait aux professionnels de la santé sur le sujet des signalement ne doit pas empêcher ceux-ci d'expliciter leur part de cette évaluation de la vraisemblance, y compris pour l'inclure dans le signalement comme un préalable à l'évaluation sociale, qui n'a évidemment pas de valeur expertale pour autant. Si ces professionnels raisonnaient plus explicitement sur ces éléments, il nous semble au contraire qu'ils pourraient plus facilement dégager la part de leur rôle dans une évaluation interprofessionnelle plus globale. En précisant les éléments cliniques de vraisemblance sur le plan médical, ils pourraient se dégager plus facilement des autres plans (vraisemblance des faits sur le plan juridique).

14 Synthèse: proposition d'une dernière version de l'échelle au terme de l'étude

A partir de l'expérience de cette recherche, de ses résultats et du projet européen, nous estimons que le recueil des phénomènes de maltraitances doit se faire par un système le plus simple possible. Sa faisabilité est un critère central. La grille doit pouvoir être remplie rapidement, une fois que les définitions qu'elle inclut sont connues.

La plupart des items mesurés dans cette étude sont communs avec ceux de la CAN-via-MDS. Les différences apparaissent dans les items suivants, et nous formulons des propositions :

- 'A été témoin de violences sexuelles dans son entourage proche' : l'item existe dans la la CAN-via-MDS mais seulement pour la mère, sous la forme d'être 'forcé à être témoin de violence sexuelle envers

la mère' ; nous nous questionnons sur la restriction envers la mère et pas toute personne proche du mineur.

- 'A été l'objet d'un acte sexuel incestueux' : la CAN-via-MDS n'aborde pas la question de l'inceste, en tout cas directement en formulant un item à part. Selon nous, il s'agit d'un facteur aggravant et important à prendre en compte, notamment pour les décisions sociales et judiciaires qui en découlent.
- 'Soumis à des comportements d'exhibitionnisme' : ce critère n'est pas inclus dans la CAN-via-MDS.
- Nous avions inclus l'item 'A été culpabilisé' dans les abus émotionnels. Cet item n'est pas présent dans la CAN-via-MDS. Après analyse, il semble plus pertinent que ce critère entre dans la description des interactions familiales à risque et pas dans une violence psychologique en soi, contrairement au fait d'être humilié par exemple.
- 'A été témoin de conflits parentaux violents' : est inclus dans la CAN-via-MDS par le critère 'exposition à la violence dans la famille (du partenaire intime)' dans la catégorie 'acte de violences psychologiques', mais pas dans la catégorie 'actes de violences physiques'. Or, l'enfant ou l'adolescent qui observe des échanges de coups entre ses parents est distinct de celui qui observe des échanges violents verbaux uniquement. Il sera plus à risque lui-même de violence physique.
- 'A été l'objet de conflits parentaux violents' : être témoin de conflits parentaux et être l'objet de conflits parentaux sont des situations distinctes, notamment parce que l'implication de l'enfant ou l'adolescent dans les conflits lui donne un pouvoir sur ses parents qui l'entraîne rapidement dans une toute-puissance. Il pourrait entrer également dans la catégorie 'acte de violences psychologiques'.
- 'A été l'objet de menaces suicidaires exprimées par un parent' : ce critère est, selon nous, aurait toute sa place dans les 'actes de violences psychologiques'.
- 'Menaces d'abandon' : elles sont également absentes de la CAN-via-MDS. Ce sont pourtant à proprement parler des 'actes de violences psychologiques', selon nous. Il pourrait être associé à l'item 'rejet'.
- Les comportements de 'mises en danger sexuelles' devraient, selon nous, entrer dans la catégorie 'autodestruction' au même titre que les automutilations ou les tentatives de suicide. Il s'agit d'un comportement actif de recherche du risque autant que la prise de toxiques, avec possiblement des conséquences graves, en terme de santé et/ou judiciaires.
- Témoin de violences sexuelles 'dans son entourage proche' (pas seulement forcé, et pas seulement témoin des violences de la mère)

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES – VERSION 3
ADOLESCENTS EN SITUATION DE DANGER RELATIONNEL

1/ VIOLENCES ET NEGLIGENCES

	ACTES COMMIS			
		- Actes violents envers soi-mêmes		__
		- Actes de violence physique commis (avec ou sans blessure)		__
		- Actes de violence ou d'exploitation sexuelle commis (avec ou sans blessure)		__
		- Actes de violence psychologique commis (avec ou sans blessure)		__
	OMISSIONS/ NEGLIGENCES			__
		- Omissions relatives à la négligence affective		__
		- Omissions relatives à la négligence physique		__
		- Omissions relatives à la négligence médicale		__
		- Omissions relatives à la négligence éducative		__
		- Omissions relatives à l'exposition au danger		__
		- Omissions relatives à la supervision		__
		- Refus de garde/abandon		__

Nous envisageons les critères ci-dessus dans le sens des définitions précises de la CAN-via-MDS (non rapportées ici, voir http://www.can-via-mds.eu). Puis, en fonction des critères entrés ou sortis de cette grille au fur et à mesure des réflexions de cette étude, nous avons fait évoluer l'échelle « Interactions familiales A Risque », avec le but de compléter les items ci-dessus en s'en différenciant :

GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES – VERSION 3
2/ INTERACTIONS FAMILIALES A RISQUE

	EDUCATION PARENTALE	
1.	• Incohérences éducatives	31%
2.	• Grandes difficultés à imposer des limites, un cadre éducatif	27%
3.	• Exigences démesurées (mesures éducatives rigides, attentes poussées inappropriées)	41%
4.	• Parentification d'un ou des enfants, inversion des rôles parents-enfants	28%
5.	• Surprotection de l'enfant	21%
6.	• Manque de protection, de fiabilité parentale	40%
	ENVIRONNEMENT EMOTIONNEL	
7.	• Invalidation émotionnelle, absence de partage émotionnel	47%
8.	• Critiques excessives, dévalorisation, pessimisme vis-à-vis de l'enfant	35%
9.	• Relations d'emprise, de contrôle excessif	52%
10.	• Culpabilisation, enfant mis en position de bouc émissaire (ex : adolescent identifié comme la source de tous les maux de la famille), parent jugé bon/enfant jugé mauvais	20%
11.	• Communication paradoxale, messages et attitudes contradictoires	41%
	DISTANCE RELATIONNELLE	
12.	• Difficultés de séparation	38%
13.	• Proximité intrusive, sollicitations permanentes de l'enfant par un parent	38%
14.	• Instabilité relationnelle, ruptures itératives	45%
15.	• Climat incestuel concrétisé par des attitudes de séduction intrafamiliales, ou de rapprochés incluant une certaine sexualisation	18%
16.	• Climat centré autour de l'abandon (rejet, abandon réel ou menaces d'abandon, amour conditionnel)	39%
	COUPLE PARENTAL	
17.	• Conflits parentaux répétés, conflits permanents irrésolus dans la famille incluant un (les) parent(s)	40%
18.	• Conflits parentaux centrés sur l'enfant	46%
19.	• Enjeux de loyauté entre les parents ou entre parents et grands-parents	42%
20.	• Disqualification entre les parents	38%
	SECURITE	
21.	• Imprévisibilité parentale	28%
22.	• Absence de soutien, de réconfort, d'acceptation, d'écoute	22%

23.	• Instauration d'un climat de peur et/ou d'isolement vis-à-vis du monde extérieur	28%
	TRAUMATISMES	
24.	• Contexte familial traumatique (deuils et pertes non élaborés, secrets envahissants)	59%
25.	• Enfant renvoyé au fait qu'il est non désiré et/ou enfant adultérin, illégitime	5%
26.	• Préoccupations parentales excessives sur l'idée de comportements à risque de l'enfant	12%
27.	• Report par le parent d'une relation difficile avec un grand-parent sur un enfant	20%
28.	• Recherche excessive de symptômes physiques ou psychiques chez l'enfant	22%
29.	• Menaces suicidaires parentales	9%
30.	• Climat de peur, de méfiance d'un/des parents vis-à-vis de l'enfant	35%
	• **A/ Score total (somme des items présents) / 30 :**	**__ /30**
	• **B/ Score total de risque familial évalué par le clinicien / 30 :**	**__ /30**

Remarques :

- Nous avons exclu l'item 'A été l'objet d'un surinvestissement parental axé sur la création de symptômes physiques ou psychiques (syndrome de Münchhausen)', qui ressort des abus physiques ('administrer des pratiques médicales invasives non nécessaires').
- De la même façon, les items 'Education parentale rendue compliquée par une (des) pathologies somatiques ou psychiatriques d'un/des parents' ont été retirés. Trop vastes, trop flous, ils sont remplacés par les climats qui découlent de ces situations, par exemple 'climat de parentification de l'enfant', 'climat de manque de fiabilité parentale', ou bien encore 'menaces suicidaires'.
- Enfin, nous avons fait évoluer la notion de 'climat' vers celle d''interaction', plus précise.

14.1 Maltraitances intra- et extrafamiliales

Parmi les maltraitances, 2/3 des situations (66,6%) sont rapportées à des auteurs appartenant à la famille. 18,75% sont extrafamiliales et 14,58% sont intra- et extrafamiliales. Les maltraitances extra-familiales sont de nature sexuelle. Pour les autres, ce sont surtout des événements familiaux. Nous ne rencontrons pas de patients hospitalisés qui ont vécu des maltraitances extrafamiliales sans écho à un climat familial à risque ou des maltraitances familiales préalables.

Cette proportion est impressionnante et ne correspond par aux données sur la population générale. Comment l'expliquer ? Ce chiffre peu important de jeunes concernés par des maltraitances non familiales nous amène à faire plusieurs hypothèses :

1. Une première hypothèse : cet échantillon n'est pas représentatif des échantillons d'adolescents hospitalisés en psychiatrie. Cette hypothèse nous paraît peu probable car le service de psychiatrie dans laquelle l'étude a eu lieu est un échantillon possiblement dans la moyenne en terme de maltraitances (même s'il est caractérisé par un niveau socioprofessionnel globalement élevé). Dans l'offre de soins, ce service se situe à mi-chemin entre les cliniques privées (dans lesquelles les situations de maltraitances sont probablement moins représentées qu'ailleurs) et les services de secteur public exclusif (qui prennent en charge un grand nombre de situations sociales très lourdes). Notre service intègre les deux types de prises en charge. Il est donc probablement à mi-chemin en terme de poids social des prises en charge. De plus, bien que le niveau socioculturel y soit plutôt élevé, nous avons constaté que ce fait n'était pas lié à une plus faible proportion de maltraitances.
2. Deuxième hypothèse : cet échantillon est représentatif des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Ici, les situations de maltraitance extrafamiliale ne pourraient pas être traitées, comme dans la population générale, sans avoir recours à la psychiatrie : utilisation des réseaux amicaux, familiaux, … Ces soutiens sont déficients dans les populations cliniques, dans lesquelles l'attachement est insécure dans la très large majorité des cas. Les évènements de maltraitances extrafamiliaux font ainsi écho à un dysfonctionnement familial interne, et ils ne peuvent être métabolisés. De plus, le réconfort et le soutien familial, sont souvent défaillants dans les familles que nous rencontrons. En marge des critères largement développés dans cette étude, **la présence d'adultes tiers pouvant servir de recours affectif lors des conflits familiaux** est un élément qui paraît pertinent, dans la mesure où nous ne retrouvons cette présence que dans 12,15% des cas, ce qui paraît très peu. La présence de tiers est, nous l'expérimentons tous les jours lors des soins hospitaliers, une sortie de secours pour les conflits. Leur absence pourrait participer notablement au développement des abus émotionnels, autant que d'autres facteurs présents. Ce facteur est à l'image d'autres facteurs protecteurs manquant dans les situations que nous observons et qui font qu'un traumatisme extrafamilial ne peut être surmonté comme il le serait dans une famille plus sécure. Ainsi, ce rempart défaillant joue possiblement dans l'acheminement du parcours vers la psychiatrie, et non vers l'intensification d'un soutien social, familial, amical.

14.2 Autres questionnements soulevés par cette recherche

14.2.1 Au sujet des termes maltraitance, abus, négligence

Le terme de maltraitances ne s'avère finalement pas toujours adapté à ce que nous cherchons à décrire dans un but de protection de l'enfance. D'une part, le préfixe « mal » pose d'emblée, au delà des considérations morales, la question de l'intentionnalité de l'auteur, qui est une question, certes importante, mais à peu près insoluble dans un grand nombre de situations et surtout pas toujours utile au niveau pragmatique, ni pour l'évaluation, ni pour le travail éducatif ou psychiatrique. Que les actes de violence ou de négligences aient ou non été intentionnels, l'important est de pouvoir inscrire des limites afin d'obtenir une protection. Le caractère intentionnel ou non ne préjuge pas de la difficulté à arrêter un comportement violent ou négligent. Juger qu'un acte de violence non intentionnel n'est pas de la maltraitance (par exemple dans le cadre d'un abus émotionnel) est possible du point de vue moral, mais pas du point de vue médical, car il reviendrait à nier sa dangerosité, et sortirait du champ des préoccupations de la protection de l'enfance.

Ensuite, il nous semble que les définitions des maltraitances qui incluent la condition d'un risque ou de conséquences sur l'enfant (même si la précaution du terme « potentiel » est notée dans la plupart des définitions), dont celles de la CAN-via-MDS), sont critiquables. Qu'en serait-il d'une situation dans laquelle un enfant abusé émotionnellement ne développerait pas de signes visibles de souffrance ? Certains répondent : « cela n'existe pas ! ». Si cela n'existait pas, pourquoi préciser dans les définitions des maltraitances la condition des conséquences des actes sur l'enfant ? Si cela existe, (nous pensons ici au concept de résilience, ainsi qu'aux souffrances muettes), dirait-on du jeune qu'il n'a pas été maltraité ? Nous pensons, comme nous l'avons dit plus haut, que les termes d'actes de violence et de négligence (ou omissions) utilisés par la CAN-MDS sont bien plus appropriés, dans la mesure où ils en reviennent à la nature de l'acte elle-même, et non au jugement que l'on en fait. Ainsi, nous observons qu'un certain nombre d'enfants et d'adolescents vivent des violences et des négligences qui ne font pas parler d'elles mais qui leur coûtent très cher en énergie « de résilience ».

14.2.2 Au sujet des interactions familiales à risque

Le terme d'interactions familiales à risque décrit les facteurs de vie familiale des enfants et adolescents qui nous semblaient liés à la fois aux Violences et Négligences sur

mineurs (en tant que facteur de risque) et à l'orientation vers certains symptômes psychiatriques plutôt que d'autres. Par exemple, les difficultés manifestes de séparation de l'enfance sont quasi-systématiquement retrouvées dans les tableaux de phobie scolaire. La difficulté à quitter le domicile familial pour aller au collège, qui occasionne maux de ventre, vomissements et crises d'angoisse, évolue souvent dans un continuum déjà difficile depuis l'enfance mais qui s'acutise à l'adolescence au moment de la réactivation des problématiques d'autonomie-dépendance. Les interactions familiales d'emprise sont régulièrement retrouvées dans les symptomatologies d'échappement (fugue, tentatives de suicide, prises de drogues,…). Les exigences familiales très fortes sont plus fréquemment retrouvées dans les dépressions avec idées suicidaires avec une culpabilité importante de ne pas être à la hauteur. Il n'y a probablement pas de continuum direct entre un facteur de risque et le développement de la pathologie mais c'est comme si, en plus des autres facteurs participant à la pathologie, ceux-là conditionnaient directement la forme qu'elle prend.

Nous avons spontanément inclus dans cette grille des facteurs familiaux et aucun facteur extrafamilial. Cette constatation après coup nous a fait réaliser à quel point l'ambiance familiale était le rempart de protection vis-à-vis des événements de vie. Nous ne voyons, dans notre activité clinique hospitalière, jamais de situations dans lesquelles un événement de vie produit une pathologie réactionnelle dans un environnement familial sécure. Si les événements de vie ont un rôle traumatique pour un patient, c'est quasi systématiquement dans un contexte qui n'a pas pu permettre de surmonter le trauma, à court ou à moyen terme.

14.2.3 Au sujet de la fréquence des violences

Nous avons noté de faibles proportions de violences ou de négligences dans la catégorie « peu fréquentes », comme si la cotation avait été faite en 'tout ou rien'. Vraiment présente ou vraiment absente. Les lois de probabilité voudraient une présence plus importante de l'item 'peu fréquent' à côté des autres. Cette constatation ne nous a pas trop étonnés, dans la mesure où des violences rares (hormis un abus sexuel) ne sont probablement pas rapportées par les patients ou les parents. Si dans une famille survient un coup ponctuel, un épisode d'abus émotionnel ponctuel, nous pensons qu'ils sera traité comme exceptionnel (à moins d'être d'une intensité forte) et que le sujet ou les parents ne le rapporteront probablement pas. Ainsi, l'item de la fréquence nous est donc finalement apparu moins pertinent qu'au départ. La présence du critère suffit, selon nous à penser que le fonctionnement est installé dans une spirale négative.

14.3 Limites de l'étude

Parmi les limites de cette étude, nous relevons l'effectif, qui bien qu'important pour un recrutement hospitalier, limite les possibilités statistiques du côté des analyses de corrélations, notamment sur les sous-groupes (de maltraitances, de patients, etc…). L'effectif est particulièrement réduit sur les éléments recueillis par autoquestionnaires, puisque leur remplissage dépendait de l'état des patients. Or, le nombre d'informations à relever pour comprendre une situation clinique complexe est important et limite la possibilité de réaliser des statistiques sur un tel échantillon, notamment de confirmer certains associations psychopathologiques entre un item isolé et un diagnostic précis : par exemple, il nous a été impossible de vérifier si les difficultés de séparation étaient statistiquement très liées aux symptômes phobiques (scolaires notamment). La multiplicité des tests est donc la principale limite de cette étude.

Ensuite, le caractère exploratoire de l'étude concernant le thème du recueil des maltraitances a occasionné un certain nombre d'imprécisions dans les recueils et de variabilité interjuge, puisque les définitions n'étaient à ces stades pas perfectionnées, mais en cours d'élaboration. L'ajustement permanent pour être au plus près du phénomène clinique observé augmenté la marge d'erreur statistique.

La violence institutionnelle, pourtant évoquée dans le cas de Jeanne (qui a connu un grand nombre de lieux de placement), d'Antony (pour qui l'hospitalisation en psychiatrie était une violence insoutenable qui pointait la violence de ses parents), ou d'Erwan (pour qui l'hospitalisation en psychiatrie signait le rejet familial et sa supposée folie), n'a pas fait l'objet de mesure quantitative ou d'analyse qualitative. Elle est pourtant possiblement présente dans ces situations d'hospitalisation, et nous évoquons régulièrement pour nos patients le risque d'iatrogénie (de nuisance liée aux soins) car nous observons clairement l'impact traumatique de certaines hospitalisations en psychiatrie, essentiellement dans les cas suivants :

- Absence de sécurité sur le lieu de vie à la sortie : cette incertitude sur un besoin de base, en l'occurrence le lieu d'accueil d'aval en cas de placement crée en elle-même des angoisses qui favorisent l'apparition de symptômes psychiatriques qui viennent comme justifier en eux-mêmes la poursuite des soins (qui paraît en fait liée à la préférence du connu, même pathologique, sur l'inconnu) et créer un réel cercle vicieux. Après la sortie, le recours à l'hospitalisation par des gestes lors de la qualité de l'adaptation au lieu de vie proposé et celui-ci est à son tour remis en question à

chaque hospitalisation, ne permettant pas d'entériner l'engagement nécessaire pour s'adapter aux nouvelles conditions de vie.

- Multiplicité des lieux de vie : au delà de deux lieux de vie au cours de l'adolescence, nous pensons que la situation du jeune rejoint l'exemple précédent, et c'est l'hospitalisation qui devient par défaut la base de sécurité de l'adolescent, ce qui nous paraît très iatrogène, par la production artificielle de symptômes (qui ne sont pas pour autant feints mais bien réels, comme les scarifications) liée à l'insécurité produite.
- Rejet familial au premier plan : même si le rejet est souvent basé sur des problèmes de comportement de l'adolescent, sa présence à l'entrée à l'hôpital rend la séparation souvent traumatique, particulièrement dans les situations d'adoption.

L'expérience de ces situations nous amène parfois, même si cela est rare, à refuser une hospitalisation dans l'intérêt d'un jeune pourtant très en difficulté, et orienter dès la consultation vers un placement afin de 'dépsychiatriser' au maximum une situation dont la base de sécurité est la priorité. Et en même temps, il nous semble que ce désir de protéger le patient d'une forme de 'maltraitance institutionnelle' peut s'avérer un vœu pieu dans une société où la psychiatrie de l'adolescent prend une telle place de contenance des angoisses de mort véhiculées par ces derniers.

La principale qualité de cette étude est aussi peut-être son principal défaut : la volonté de décortiquer en profondeur la notion de maltraitance nous a fait réaliser un grand chemin clinique et le raisonnement qui en découle nous a paru très riche, mais possiblement pourvoyeur de confusion pour le lecteur.

Enfin, et parmi d'autres nombreuses limites de cette étude, nous citons l'absence de données systématiques sur les facteurs de risques classiques de maltraitances, comme le chômage des parents ou l'âge des mères. Notamment, dans la perspective de publications scientifiques, ces facteurs de comparaison sont importants.

15 CONCLUSION

Cette étude détaille au plus près le raisonnement complexe et évolutif qui a été nécessaire pour décrire les phénomènes de maltraitances chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Il s'est avéré que le terme 'maltraitance' est mieux décrit par les actes de 'violences et de négligences' et est complété, tout en étant distinct par la notion d''interactions familiales à risque'.

Nous avons produit des critères issus de cette expérience clinique, dont certains se proposent de compléter ceux de la CAN-via-MDS, et d'autres entrent dans l'échelle distincte 'Interactions familiales A Risque', dont nous avons observé que les critères sont à la fois associé à l'existence de violences et négligences et également à la gravité psychiatrique des situations rencontrées.

La fréquence des situations de violences et négligences, particulièrement émotionnelles, est importante en pédopsychiatrie et encore trop méconnue. Leur présence est associée à la gravité du tableau du patient à l'arrivée à l'hôpital. Nos résultats mettent également en évidence l'importance des facteurs relationnels à risque dans les familles, qui ne sont pas liés au niveau socioculturel. Ces climats, bien que n'étant pas en eux-mêmes des maltraitances, apparaissent comme de réels facteurs à risque de maltraitances avérées et de morbidité médicale. Ils devraient donc être un enjeu important de sensibilisation et de prévention dans les familles. Ces éléments de constatation laissent penser que les politiques de santé et de la famille devraient avoir toute leur place dans la prévention des maltraitances, qui, à notre avis, reste trop cantonnée au champ social.

16 SYNTHESE

Cette étude part du constat de la méconnaissance des phénomènes de maltraitance en pédopsychiatrie, ainsi que du manque d'outils pour les décrire de manière interprofessionnelle. Elle analyse les moyens de mesure des phénomènes de maltraitances chez des adolescents hospitalisés en unité de crise de psychiatrie, puis mesure ces phénomènes chez 74 patients hospitalisés pendant une année. Au-delà de la description des maltraitances, l'observation clinique a amené les auteurs à créer une échelle des Interactions Familiales à Risque. Les résultats de l'étude suggèrent que ces risques se situent à la fois du côté de la morbidité psychiatrique et des violences et négligences.

L'étude de la littérature sur les maltraitances de l'enfant et de l'adolescent révèle que ces phénomènes sont fréquents et sous-estimés, mais aussi que ces jeunes sont sur-représentés en psychiatrie. Notre étude confirme ces constats précédents. Nos résultats rapportent 23% d'abus sexuels, 12% d'abus physiques, 34% d'abus psychologiques, 12% de négligences physiques et 77% de négligences psychologiques. Ce sont donc surtout les abus et négligences psychologiques qui sont sur-représentés en psychiatrie ou sous-estimés ailleurs.

Les analyses de corrélations révèlent que les adolescents hospitalisés en psychiatrie présentent un risque augmenté d'automutilations lorsqu'ils sont victimes d'abus sexuels, un risque augmenté d'état de stress post-traumatique lorsqu'ils ont vécu des abus physiques, un risque augmenté de troubles externalisés lorsqu'ils ont vécu des négligences psychologiques. Leur gravité médicale à l'admission est augmentée en cas d'abus physiques, de négligences psychologiques et physiques. Le nombre de prescriptions médicamenteuses à la sortie de l'hôpital est augmenté en cas d'abus sexuels et de négligence physique. Enfin, il existe plus d'antécédents psychiatriques parentaux chez les adolescents qui ont été victimes d'abus physiques, d'abus psychologiques, et de négligences physiques. Un quart (25,6%) des adolescents hospitalisés présentaient des antécédents familiaux de tentative de suicide.

Nos résultats rapportent également des corrélations entre violences-négligences et fonctionnement émotionnel des adolescents. Notamment, les adolescents ayant un score de maltraitance élevé avaient un type d'attachement 'détaché' moins fréquent, c'est-à-dire que ces jeunes ont, de façon surprenante, moins tendance à se replier sur eux-mêmes, mais restent au contraire très dépendant ou encore plus dépendants de figures d'attachement jugées fiables (dans un probable processus d'idéalisation). Ces patients ont aussi montré des délais plus

rapides de reconnaissance du dégoût, de la tristesse et de la joie lors d'une épreuve de reconnaissance émotionnelle faciale, suggérant ainsi qu'ils ont développé une hypervigilance aux états mentaux d'autrui, dans une possible logique de stratégie de survie (et dans la lignée de résultats comparables dans l'état de stress post-traumatique chez l'adulte).

Enfin, la création d'une échelle des Interactions Familiales à Risque a montré, par la mesure des phénomènes cliniques décrits (par des cliniciens en hétéroévaluation), que les interactions familiales difficiles sont très fréquentes dans une population d'adolescents hospitalisés en psychiatrie. Elles incluent par exemple de lourdes difficultés de séparation ou à l'inverse d'intrusion, des phénomènes de rejet, d'imprévisibilité parentale, de messages contradictoires, d'exigences démesurées, de relations d'emprise, etc… Le score témoignant de l'accumulation de ces 30 critères apparaît corrélé à la présence de maltraitances avérées, mais aussi à la gravité du tableau médical à l'admission, suggérant que ces types de relations sont à risque à la fois d'alourdir une pathologie psychiatrique, mais aussi d'être un chemin, une étape vers la violence ou la négligence, tout en s'en distinguant. Cette échelle décrit des relations parents-enfants dans un continuum entre le 'normal' et le 'pathologique', et ne prend un sens psychiatrique que dans son aspect accumulatif (par l'intensité d'un critère isolé qui peut être extrême, ou bien par l'accumulation de plusieurs critères).

Nous avons ajouté à cette méthodologie quantitative une analyse qualitative de 10 cas cliniques, afin de rendre plus concrètes les situations cliniques prises en charge en pédopsychiatrie, et d'y réfléchir virtuellement depuis différentes fenêtres (psychiatre clinicien, chercheur, juriste, expert, travailleur social). Cette analyse permet de dégager le besoin de séparer les notions de vraisemblance et de conscience des maltraitances d'un côté et le maintien du rapport à la réalité d'un patient donné dans la perspective d'un travail psychique. Il apparaît ici que les patients n'ayant aucune conscience du degré de violence auxquelles ils ont été soumis ont perdu un certain rapport à la réalité externe, et que la prise de conscience de cette violence expose d'autres patients à un risque suicidaire. De plus, la description de ces cas souligne la difficulté d'articulation majeure entre services sociaux et psychiatriques.

Notre étude décrit des outils de description des situations de danger relationnel, incluant les phénomènes de violences-négligences et les interactions familiales à risque, avec pour but celui de faciliter les échanges interprofessionnels. Elle suggère également le besoin de traiter la question des relations parents-enfants difficiles autant du côté de la politique de la famille et de la santé que du côté des politiques sociales.

Nos résultats rapportent également des corrélations entre violences-négligences et fonctionnement émotionnel des adolescents. Notamment, les adolescents ayant un score de maltraitance élevé avaient un type d'attachement 'détaché' moins fréquent, c'est-à-dire que ces jeunes ont, de façon surprenante, moins tendance à se replier sur eux-mêmes, mais restent au contraire très dépendant ou encore plus dépendants de figures d'attachement jugées fiables (dans un probable processus d'idéalisation). BIBLIOGRAPHIE

- Revue de la littérature sur les maltraitances:

Ackerman PT, Newton JE, McPherson WB, Jones JG, Dykman RA (1998) Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). Child Abuse Negl 22(8):759–774.

Bagley C., Mallick K. (2000) Prediction of sexual, emotional and physical maltreatment and mental health outcomes in a longitudinal study of 290 adolescent women. Child maltreatment, 5: 218-226.

Bardi M., Borgognini-Tari SM. (1997) A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. Child Abuse & Neglect, 1997, 21:489-498.

Beck F, Cavalin C, Maillochon F (2010) Violences et santé en France : état des lieux - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 111–123

Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D (2014) Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 62(5):299–312

Choquet M. et al. (1997) Self reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. Child Abuse & Neglect 21: 823-832.

Corbet E (2000) Les concepts de violence et de maltraitance. 31:20–25

Durning P (2002) L'évaluation des situations d'enfants maltraités: définitions, enjeux et méthodes. Eval. Maltraitances Rigueur Prudence

Ertem IO., Leventhal JM, Dobbs S. (2000) Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? Lancet, 2000, 356:814-819.

Felitty V. et al. (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. American Journal of Preventive Medicine, 14: 245-258.

Fergusson DM., Lynskey MT., Horwood LJ. (1996) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35:1355-1364.

Fergusson DM., Horwood LJ., Lynskey MT. (1996) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. II: Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35:1365-1374.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. Psychological Medecine, 44, 529-44.

Finkelhor D. (1994) The international epidemiology of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 18: 409-417.

Finkelhor D. (1994) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 4: 31-53.

Garbarino J., Crouter A. (1978) Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. Child development 49: 604-616.

Gibb BE, Wheeler R, Alloy LB, Abramson LY (2001) Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. J Personal Disord 15(6):505–511

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet 373(9657):68–81

Jourdan-Ionescu C, Palacio-Quintin E (1997) Effets de la maltraitance sur les jeunes enfants et nouvelles perspectives d'intervention. Psychol Fr 42(3):217–228

Lau AS, Leeb RT, English D, Graham JC, Briggs EC, Brody KE, Marshall JM (2005) What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. Child Abuse Negl 29(5):533–551

Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O, Consoli A, Guilé J-M, Cohen D (2011) Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 59(7):393–403

Leventhal JM (1996) Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. Child abuse & Neglect 20: 647-653.

Mac Leod J, Nelson G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. Child Abuse & Neglect, 2000, 24: 1127-1149.

McGee RA, Wolfe DA, Yuen SA, Wilson SK, Carnochan J (1995) The measurement of maltreatment: A comparison of approaches. Child Abuse Negl 19(2):233–249

Masten CL, Guyer AE, Hodgdon HB, McClure EB, Charney DS, Ernst M, Kaufman J, Pine DS, Monk CS (2008) Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. Child Abuse & Neglect, 2008, 32: 139-153.

Morgan C, Fisher H (2006) Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma--A Critical Review. Schizophr Bull 33(1):3–10

Nicolis, H., & Delvenne, V. (2007). Analyse quantitative des facteurs de risque familiaux chez les adolescents hospitalisés en unité de crise. Neuropsyhiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 55, 407-412.

Olds D et al. (1997) Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen years follow-up of a randomized trial. Journal of the American Medical Association 278: 637-643.

OMS - Organisation mondiale de la santé (2012) Rapport mondial sur la violence et la santé. 63–95

Pelcovitz D, Kaplan SJ, DeRosa RR, Mandel FS, Salzinger S (2000) Psychiatric disorders in adolescents exposed to domestic violence and physical abuse. Am J Orthopsychiatry 70(3):360–369

Read J, Os J, Morrison AP, Ross CA (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatr Scand 112(5):330–350

Runyan DK. et al. (1998) Children who proper in unfavorable environments: the relationship to social capital. Pediatrics, 101, 12-18.

Sidebotham P. (2001) Golding J. Child maltreatment in the "children of the Nineties": a longitudinal study of parental risk factors. Child abuse & Neglect, 25: 1177-1200.

Sfoggia, A., Pacheco, M. A., & Grassi-Olivera, R. (2008). History of Childhood Abuse and Neglect and Suicidal Behavior at Hospital Admission. (H. &. Publishers, Éd.) Crisis, 29(3), 154-158.

Teicher MH, Samson JA (2013) Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. Am J Psychiatry 170(10):1114

Viaux J-L (2012) Evaluation des mauvais traitements sur enfants: un processus méthodologique. Éval. Maltraitances Rigueur Prudence. Fleurus, pp 143–176

Widom CS. (1989) Does violence beget violence? A critical examination of the literature. Psychological Bulletin, 106: 3-28.

Widom CS (1999) Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. Am J Psychiatry 156:1223–1229

- Bibliographie des échelles et ou tests utilisés:

Bartholomew K, Horowitz L. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol,1991;61: 226-44.

Brenning KM, Soenens B, Braet C, Bosmans G. An adaptation of the Experiences in Close Relationships Scale-Revised for use with children and adolescents. Journal of Social and Personal Relationships, 2001;28:1048-72.

Davis, MH. Empathy: A social Psychological Approach. Wisconsin: Brown & Benchmark. 1994.

Leplège A., Réveillère C., Caria A., Rivière H. Propriétés psychométriques d'un nouvel instrument d'évaluation de la qualité de vie, le WHOQOL-26, à partir d'une poulation de malades neuro-musculaires. Encephale, 2000;26:13-22.

Robin M, Pham-Scottez A, Curt F, Dugre-Le Bigre C, Corcos M, Speranza M, Sapinho D, Berthoz S, Kedia G. « Decreased sensitivity to facial emotions in adolescents with Borderline Personality Disorder». Psychiatry Research, 2012;200:417-21.

Robin M, Berthoz S, Kedia G, Dugre-Le Bigre C, Curt F, Speranza M, Sapinho D, Pham-Scottez A, Corcos M. Apport du Multimorph à l'étude des processus de reconnaissance émotionnelle faciale. Exemple de la personnalité borderline à l'adolescence. Annales médico-psychologiques, 2011;169(2) :120-3.

Senécal CB, Vallerand RJ, Vallières EF. Construction et validation de l'Échelle de la Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI). Revue européenne de psychologie appliquée, 1992;42,315-22.

Taylor GJ, Bagby RM, & Parker JDA. Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.1997.

- Travaux récents de l'unité de recherche du Département:

2015 : Article : Pathologie limite et suicidalité : sur-vivre à l'adolescence. Expérience et résultats du Réseau Européen d'Etude de la Personnalité Borderline à l'Adolescence, EUR-NET BPD. M.Robin, V.Delvenne, N.de Kernier, F.Guénolé, L.Gicquel, M.Douniol, R.Barbe, PJ Egler, JM Baleyte, M.Douniol, D.Van den Bulk, A.Pham-Scottez, M.Speranza, M.Corcos. Revue de Psychiatrie Française Vol XXXV 2/14 Juill 2015.

2013: Article : Un changement de paradigme au sein du DSM ? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence. M. Robin, R. Rechtman. L'Evolution Psychiatrique. Available online 14 February 2013, ISSN 0014-3855, 10.1016/j.evopsy.2013.01.007.

2012: Article : « Decreased sensitivity to facial emotions in adolescents with Borderline Personality Disorder». **M.Robin**, A.Pham-Scottez, F.Curt, C.Dugre-Le Bigre, M.Corcos, M.Speranza, D.Sapinho, S.Berthoz, G.Kedia. Psychiatry Research, 2012, 200, 417-421.

2011: Apport du Multimorph à l'étude des processus de reconnaissance émotionnelle faciale. Exemple de la personnalité borderline à l'adolescence. **M.Robin**, S. Berthoz, G. Kedia, C. Dugre-Le Bigre, F. Curt, M. Speranza, D. Sapinho, A. Pham-Scottez, M. Corcos, 2011. Annales médico-psychologiques, 169 (2), 120-123.

2011 : Article : Crise borderline à l'adolescence ? Aspects théoriques et cliniques. Revue santé mentale. Numéro de Septembre.

2011 : Article : États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. 2011. L. Gicquel, A. Pham-Scottez, **M. Robin**, **M. Corcos.** Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.

2011 : Communication orale: 15ème congrès de l'Association de Psychiatrie Mondiale (WPA). Buenos Aires, 18-22 Sept. «Affective specificities of patients with eating disorder in a sample of adolescents with borderline personality disorder». **Robin M**, Pham-Scottez A, Nicolas I, Delvenne V, Nomblot P, Speranza M, Perez-Diaz F, Guilbaud O.

2007: Communication orale: 150th congress of the American Psychiatric Association. San Diego. 19-27 Mai. Symposium: Alexithymia and Emotional Dysregulation: from theory to clinical practice.

1/ **Robin M**, Pham-Scottez A, **Corcos M**. Borderline Personality Disorder and emotional regulation.

2/ **Robin M**, Lamas C, **Corcos M**. Alexithymia and infertile women.