

L'HOSPITALISATION DE L'ENFANT VICTIME D'ABUS SEXUEL : PROTECTION, SOINS, CRISE ET PASSAGE*

1. L'implantation du Centre Confident Multidisciplinaire "S.O.S. Enfants" U.L.B dans la structure du Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre.

Depuis plus de quinze ans, le Centre Confident Multidisciplinaire, spécialisé dans la prise en charge des mauvais traitements à enfants, est implanté au sein de cet hôpital général du centre ville. Il découle de cette intégration une capacité particulière de diagnostiquer et de traiter les situations de manière rapide et intensive, de coordonner étroitement les soins physiques et psychologiques et de traiter des situations de crise nécessitant de multiples niveaux d'investigation et d'intervention. L'unité de temps et de lieu de l'intervention, la protection de l'enfant victime par l'hospitalisation, la multiplicité des ressources et compétences offertes par l'hôpital sont des atouts considérables.

Bien que la gravité clinique du syndrome qui nous préoccupe ne soit pas toujours corrélée avec l'urgence de la demande, il est clair que la capacité de rencontre et d'écoute en urgence différencie le Centre Confident SOS Enfants d'une multitude de services dont le fonctionnement ne permet pas une telle souplesse. Selon les circonstances, la dangerosité d'une situation ou l'état d'urgence d'un cas, l'hospitalisation d'un enfant abusé représente un véritable outil thérapeutique tant pour l'enfant victime que pour sa famille. L'équipe hospitalière assure également la coordination du réseau d'intervenants concernés par la prise en charge.

2. Une vocation psychosociale à visage humain ?

Il n'est pas toujours nécessaire d'hospitaliser un enfant victime d'abus sexuel. Cependant, le service de pédiatrie d'un hôpital général nous paraît être un lieu d'accueil privilégié, en cas d'abus sexuel avéré ou de suspicion d'abus. Lieu de sécurité et de soins, l'hôpital permet de soustraire l'enfant abusé à une famille ou à un milieu pathogène et de le traiter, surtout si l'agression sexuelle paraît avoir des conséquences somatiques ou psychologiques sévères. En milieu hospitalier, il n'est pas toujours possible de contrôler toutes les visites, les coups de téléphone qui influencent l'enfant; les situations où l'enfant subit des pressions de la part de son entourage sont difficiles à cadrer. L'hôpital offre toutefois un milieu relativement neutre, où les solutions peuvent s'élaborer, hors du milieu social habituel de l'enfant et loin des passions et précipitations de tout genre.

La victime peut être amenée par la police et hospitalisée à la demande de l'autorité judiciaire. L'enfant peut également être admis suite à l'intervention d'un médecin, d'un responsable scolaire ou du service médical scolaire. Selon la gravité du cas, l'insécurité vécue par l'enfant ou le caractère urgent de la situation, le recours aux autorités judiciaires est parfois nécessaire pour obtenir ou confirmer une hospitalisation. Lorsque l'intégrité physique, sexuelle et psychologique de l'enfant est compromise par les agissements d'adultes irresponsables ou irrespectueux, sa mise à l'abri peut s'effectuer dans l'urgence et la rapidité. Mais, dans la plupart des cas et chaque fois que la possibilité s'offre à nous, l'hospitalisation est discutée et décidée avec l'accord des parents, dont l'implication et la coopération sont fondamentales à la recherche de solutions adaptées. Dans certains cas, il faut longuement négocier avec les parents et leur expliquer qu'un bilan psycho-médico-social

*HAESEVOETS Yves-Hiram, psychologue, psychothérapeute, chercheur à l'Université Libre de Bruxelles et GERARD Marc, pédopsychiatre et coordinateur du Centre Confident Multidisciplinaire "S.O.S Enfants" du Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre/ U.L.B/322 rue Haute, 1000 Bruxelles, Belgique, Tél & Fax: 02 535 34 25

est nécessaire, qu'il existe une suspicion d'abus sexuel, que les faits allégués sont suffisamment graves, et que dans l'intérêt de l'enfant, une prise de distance pourrait les aider à mieux comprendre la situation.

L'hospitalisation d'un enfant peut être indiquée à partir des critères généraux suivants :

- ?? l'importance des lésions ou des symptômes qui nécessitent des soins particuliers;
- ?? la gravité des faits allégués (un inceste chronique, des sévices commis avec violence);
- ?? l'âge de l'enfant (le jeune âge de l'enfant est un facteur de risque supplémentaire);
- ?? la demande de la victime ou celle de ses proches (une demande précise de protection ou d'hébergement);
- ?? l'absence d'explications plausibles en relation avec les symptômes physiques et/ou psychologiques, et qu'il existe une suspicion quant à l'éventualité d'un abus sexuel;
- ?? l'imprécision des informations en relation avec les faits allégués;
- ?? l'isolement de l'enfant, le manque de repères ou l'absence d'une personne digne de confiance pouvant se porter garante de la sécurité ou de l'intégrité physique et psychologique de la victime;
- ?? l'inadéquation du lieu de vie de l'enfant (où règne une certaine promiscuité);
- ?? l'inquiétude des intervenants ou de la famille qui demandent une intervention dans l'urgence;
- ?? le caractère urgent ou excessif de la situation qui exige la mise à l'abri de l'enfant.

Bien qu'il n'y ait pas de protocole d'action qui s'adapte à tous les cas rencontrés, il faut éviter de sous-estimer le caractère urgent d'une intervention. L'hésitation, la panique, ou la banalisation, un retard de décision, un manque de coordination ou le refus de considérer une plainte même diffuse peuvent être à l'origine de certains drames. Même dans certaines situations d'abus sexuels extra-familiaux, surtout lorsqu'il s'agit d'un jeune enfant abusé par un pédophile (inconnu ou proche de la famille), quelques jours d'hospitalisation permettent à la victime de se sentir en sécurité et de récupérer sur le plan psychologique ou physique. Une hospitalisation de courte durée peut également se justifier s'il existe des lésions gynécologiques ou corporelles nécessitant des soins particuliers, un traumatisme important chez la victime, ou encore une dégradation des relations familiales consécutive à la révélation et/ou à l'agression sexuelle.

Dans sa vocation psychosociale et thérapeutique l'hôpital peut servir d'intermédiaire entre la Communauté humaine, ses institutions et ses lois, l'enfant bafoué dans ses droits les plus fondamentaux et la famille, soit parce que l'un de ses membres transgresse certains interdits, soit parce qu'elle est momentanément trop bouleversée pour gérer la situation d'abus de manière adéquate.

3. L'hôpital, un espace protecteur, transitionnel et thérapeutique.

Dans les cas de sévices à enfant, l'hôpital et ses intervenants peuvent s'interposer en tiers et jouer une fonction séparatrice. Même si elle est souvent considérée comme traumatisante, cette séparation peut être réellement et symboliquement opérante et participer au projet de réparation. Dans sa phase d'**investigation** et d'**évaluation diagnostique**, le système d'intervention tente d'aménager un espace de sécurité permettant une prise en charge la plus adéquate possible. La mise à l'écart de l'enfant victime permet d'atténuer le risque d'influence(s) ou de passage à l'acte sur sa personne. Sa sécurité une fois assurée, les menaces de récidives ou de représailles amoindries, le processus de prise en charge peut s'enclencher.

Loin d'être un lieu clos ou un monde à part, l'hôpital est un véritable outil de travail qui peut rendre plus efficace une intervention, et offrir de nombreux avantages :

- ?? accueillir dans l'urgence et intervenir 24 heures sur 24;
- ?? protéger l'enfant et mettre un terme aux abus;
- ?? offrir un milieu plus neutre qu'un centre spécialisé, même si l'hôpital comprend une équipe S.O.S. Enfants;
- ?? faire une mise au point complète tant sur le plan médical, gynécologique, pédiatrique, psychiatrique, que psychosocial (complémentarité des disciplines);
- ?? rencontrer l'enfant, tous les jours si nécessaire, le soutenir et l'écouter dans l'expression de sa souffrance;
- ?? observer l'enfant à différents moments et dans des lieux de vie diversifiés, tels que la salle de pédiatrie, l'école de l'hôpital ou les locaux d'examen;
- ?? diminuer les risques de pression à l'égard de l'enfant;
- ?? prendre le temps d'organiser des réunions de concertation avec divers intervenants, afin de mieux cerner la situation et de prendre des décisions avec circonspection;
- ?? assurer le continuum des soins; une consultation ambulatoire peut succéder à une hospitalisation transitoire;
- ?? expertiser et authentifier des situations difficiles, complexes ou graves.

Parallèlement à la prise en charge de l'enfant, des rencontres individuelles et confidentielles avec les parents peuvent se mettre en place. Leur collaboration est toujours activement recherchée, même celle des pères ou beaux-pères présumés abuseurs. Dès le début de l'hospitalisation, les entretiens avec les parents visent à clarifier la situation, à analyser le contexte psychosocial et relationnel du système familial. Ils permettent aux parents de faire un travail sur leurs émotions et à l'équipe soignante d'évaluer leur capacité à soutenir l'enfant et à reconnaître l'abus sexuel. La révélation de l'abus sexuel provoque une crise. La décision de garder l'enfant à l'hôpital peut accentuer cet état de tension. Cette crise ainsi induite, **la crise du dévoilement**, peut servir de base et de moteur au travail thérapeutique ultérieur et mobiliser la famille autour de la problématique de l'abus sexuel. A brève échéance, le temps de l'hospitalisation, on peut utiliser cette crise afin de reconfigurer certains schémas comportementaux ou relationnels dans la famille. A l'enfant victime et à sa famille, qui risque d'entrer dans une phase de désorganisation profonde, l'hôpital offre ainsi un lieu de crise qui ne se réduit pas à une belle infrastructure clinique. Des compétences ad hoc, une réflexion pluridisciplinaire, de bonnes liaisons à la fois internes et externes, des qualités d'ouverture et d'écoute, et une logistique d'intervention soutenue par une philosophie de travail constituent l'encadrement suffisant et nécessaire.

Tant le séjour à l'hôpital que le suivi ambulatoire poursuivent des objectifs communs :

- ?? élaborer un pronostic;
- ?? prendre des décisions tout en assumant le traitement;
- ?? informer les parents qu'on veut les rencontrer pour un problème important au sujet de leur enfant et qu'on veut les aider;
- ?? rencontrer les parents de manière régulière dans un espace thérapeutique; organiser des entretiens familiaux, observer les interactions parents-enfant et créer de nouvelles manières d'interagir;
- ?? élaborer avec les parents un programme de prise en charge;
- ?? prévenir les récurrences, détecter les facteurs de risque, prendre en charge et/ou orienter;
- ?? organiser des liaisons diversifiées avec l'extérieur et assurer un suivi concerté.

La sortie de l'enfant et son éventuelle réintégration en famille doivent se décider dans le cadre d'un programme de prise en charge dont les modalités sont discutées pendant la durée de l'hospitalisation, et non au dernier moment.

4. L'enfant à l'hôpital: entre le stress et la convivialité.

Depuis quelques années, certaines initiatives ont été mises en oeuvre afin d'améliorer la qualité de la vie de l'enfant hospitalisé. En tenant compte des conséquences psychologiques d'une hospitalisation sur l'enfant, ces initiatives tentent de sensibiliser le personnel soignant aux difficultés affectives de l'enfant, d'adapter l'environnement hospitalier aux besoins de l'enfant et de favoriser l'accueil, les visites et la participation des parents aux soins.

L'hôpital doit donc répondre aux besoins psychoaffectifs, relationnels et vitaux des enfants hospitalisés et restituer aux parents un enfant qu'on aura aidé à atteindre ou à conserver la santé physique et psychologique. Rétablir la sécurité et le bien-être de l'enfant et de sa famille sont les principaux objectifs du personnel soignant et des intervenants de l'équipe S.O.S Enfants.

Le démarrage d'une prise en charge adéquate se construit à partir d'une interrelation enfant-intervenant saine. L'intervenant doit faciliter la communication à travers des échanges de bonne qualité affective. Moment intense sur le plan émotionnel, la crise du dévoilement, sur laquelle va se greffer le processus de prise en charge, est le point crucial, fondamental au bon fonctionnement du système d'intervention. L'enfant s'exprime par ses paroles et par son corps. Cependant, la parole n'est pas toujours libératrice. Lorsqu'il se tait, parce qu'il est effrayé, culpabilisé ou prisonnier des relations qui le nouent loyalement à sa famille, l'enfant essaye de garder au plus profond de lui des choses innommables. Le temps de l'hospitalisation, il est observé, examiné, interprété et questionné. A ce stade d'investigation diagnostique, on essaye d'éviter la répétition des questions qui pourrait accentuer la symptomatologie de l'enfant. Contrairement à d'autres pathologies, la recherche diagnostique débouche rarement sur une cause "objectivable", mais plutôt sur la reconnaissance d'actes commis par un adulte, souvent un parent ou un proche de l'enfant. L'accompagnement de l'enfant dans cette épreuve est donc une préoccupation centrale et constante.

De manière générale, **le processus d'intervention** commence par une phase d'investigation et d'évaluation qui comprend au moins quatre principes fondamentaux :

- ?? le recueil d'informations précises dans une atmosphère bienveillante, neutre et sécurisante;
- ?? l'analyse structurée des informations rapportées, l'évaluation de la situation et l'élaboration d'un diagnostic provisoire (multidisciplinaire) et d'un pronostic pondéré;
- ?? l'instauration d'emblée d'une relation de confiance à visée thérapeutique, qui comprend la protection de l'enfant, son soutien psychologique, son émulation, voire son maternage (selon l'âge);
- ?? l'information régulière de l'enfant sur le déroulement des opérations et la mise en place de la prise en charge.

Pour chaque enfant rencontré dans un service, les conditions d'accueil et d'examen clinique peuvent varier fortement. L'ambiance, la qualité des relations humaines, les aptitudes professionnelles des intervenants, le cadre théorique et pratique, la logique ou la philosophie d'intervention et la fiabilité des outils diagnostiques définissent ce **cadre**. La durée de la prise en charge, le nombre d'entretiens avec l'enfant et avec les membres de sa famille, le degré d'implication responsable des personnes engagées dans ce processus peuvent être tributaires d'éléments incontrôlables qui viennent interférer avec l'efficacité de l'intervention.

Toutefois, et dans sa globalité, le processus de prise en charge essaye de répondre aux intentions suivantes :

- ?? accueillir et rencontrer l'enfant dans un lieu de parole;
- ?? éviter la répétition tout en clarifiant la situation;
- ?? expliquer et informer : transparence de l'intervention;
- ?? déculpabiliser et soutenir;
- ?? libérer la parole et la pensée par la mentalisation;
- ?? respecter l'enfant, dans son rythme, son niveau de maturité et son désir;
- ?? adapter son langage à celui de l'enfant;
- ?? se montrer chaleureux, créatif et ludique;
- ?? éloigner provisoirement l'enfant victime.

5. Les conséquences de l'hospitalisation pour l'enfant.

L'hospitalisation de l'enfant abusé ne représente pas en soi un modèle idéal d'intervention. Hormis les problèmes inhérents à l'infrastructure et au système hospitalier, il faut rester attentif à l'impact de l'hospitalisation sur l'enfant, afin de mieux appréhender ses réactions, attitudes et émotions. L'approche de sa souffrance et la compréhension de ses mécanismes de défense peuvent aider l'enfant à mieux supporter la situation de séparation et à s'adapter à ce cadre de vie si particulier. L'enfant abusé est peu ou pas préparé à l'éventualité d'une hospitalisation. Dans la majorité des cas, la victime est admise dans l'urgence par le service de garde pédiatrique ou au départ d'une consultation (pédiatrique ou gynécologique). L'enfant est parfois brusquement éloigné de sa famille. Ses points de repères et habitudes sont radicalement modifiés.

Nous remarquons que l'hospitalisation et les actes thérapeutiques ne recouvrent pas la même signification pour l'enfant victime d'abus sexuel que pour les enfants malades, tant du point de vue des malades que des soignants.

Compte tenu de la symptomatologie particulière de l'enfant abusé, de la séparation de son milieu de vie naturel, de ses facultés d'adaptation, de ses ressources affectives et de ses capacités réparatrices, les conséquences d'une hospitalisation sont très variables d'un enfant à l'autre. L'hospitalisation peut angoisser l'enfant d'autant plus qu'il perçoit l'inquiétude de ses parents et l'incertitude des intervenants, et que la gravité des faits vient accentuer sa symptomatologie. Séparé de sa famille, alors qu'il n'est ni malade, ni accidenté, et placé dans un milieu qu'il ne connaît pas, en présence de personnes étrangères et d'enfants malades, il peut se sentir privé de liberté et ressentir cette situation comme une punition. Ayant perdu ses points de repères habituels, fondamentaux à son équilibre, il est insécurisé, ne comprend pas les raisons de son admission et éprouve des sentiments de culpabilité. Une fois hospitalisé, l'enfant peut souffrir de solitude affective, de malaises psychosomatiques, il peut s'identifier aux enfants malades et adopter une conduite régressive. Il peut changer d'état d'âme et se montrer triste, passif, inhibé ou insupportable, provocateur et agressif. Ces conduites réactionnelles (protestation, désespoir ou rejet) sont parfois nécessaires à son installation progressive dans ce nouveau milieu.

La présence d'une **école** au sein de l'hôpital peut l'aider à mieux s'intégrer. En effet, l'école de l'hôpital joue un rôle essentiel dans l'humanisation de l'hospitalisation et l'observation particulière de l'enfant. L'école permet d'organiser des conditions d'hospitalisation les moins déracinantes et les plus humaines possibles. L'enfant y passe de longs moments dans une atmosphère non médicalisée où lui sont proposées des activités scolaires et récréatives adaptées. Le fait de maintenir des activités scolaires et créatives peut être une source de sociabilité, de bien-être et de soutien moral pour l'enfant. La journée est mieux structurée et cadencée par le rythme scolaire. L'enfant est occupé, ses facultés cognitives et sa pensée

restent en éveil. Il conserve ainsi un certain contact avec la réalité quotidienne qu'il retrouvera à sa sortie. Il n'accumule pas trop de retard scolaire. Les contacts qu'il entretient avec les éducatrices et les infirmières scolaires lui permettent de tisser des liens familiers qui vont l'aider à mieux structurer sa vie à l'hôpital. Si l'école distrait momentanément l'enfant du drame qu'il a vécu et l'aide à mieux supporter l'hospitalisation, elle n'en demeure pas moins un lieu privilégié d'observation et d'évaluation diagnostique.

La **durée de l'hospitalisation** influence également le niveau d'adaptation de l'enfant. Lorsqu'une situation s'envenime, que l'enfant subit diverses pressions, ou que son séjour se prolonge, les conséquences de l'hospitalisation viennent s'ajouter aux troubles liés à l'abus sexuel.

Les **réactions des parents** confrontés à l'hospitalisation de leur enfant influencent ses attitudes et peuvent avoir un impact sur ses troubles. Certains adultes continuent d'exercer leur rôle parental et soutiennent leur enfant. Ils maintiennent à son égard des manifestations d'affection, d'autorité éducative et d'amour; cette continuité dans les relations sécurise amplement l'enfant. D'autres parents plus angoissés et plus déconcertés par la crise agissent en surprotégeant l'enfant. Ils le plaignent, l'infantilisent et le maintiennent dans un état de victime qui fait pitié. Ils expriment leur tristesse ou leur agacement. Quelques parents, plus égocentriques et repliés sur leur propre souffrance, sont indifférents ou se montrent agressifs à l'égard de l'enfant. Ils désinvestissent leur enfant dont ils ne reconnaissent ni la vulnérabilité ni la souffrance. L'enfant vit alors un sentiment d'abandon ou de rejet. Il se perçoit comme victime et coupable, et cause de tous les ennuis qu'il fait subir à ses parents.

6. L'éloignement provisoire: une solution alternative ?

En matière d'intervention, il ne faudrait pas considérer l'hospitalisation comme la "panacée" ou comme unique réponse à la problématique des abus sexuels. Il existe d'autres formes d'éloignement provisoire de l'enfant victime que son hospitalisation. L'accueil dans la famille élargie ou dans une famille d'accueil, le placement provisoire dans une petite institution sont des solutions alternatives, à la fois pour marquer le coup et pour gérer la crise: en effet, à la phase d'investigation et de diagnostic, la prise en charge de type ambulatoire présente beaucoup d'inconvénients. Éloigner provisoirement l'enfant victime doit permettre de le protéger mais aussi de confronter le couple parental à l'existence d'une loi sociale qui autorise certains intervenants à s'immiscer dans les affaires privées d'une famille qui bafoue les droits fondamentaux de son propre enfant. Lors des premiers contacts, cette réflexion peut servir d'entrée en matière à une prise de conscience de la part des parents. L'intensité du travail psychosocial nécessaire ne doit pas être sous-estimée, quelle que soit la forme d'éloignement temporaire retenue.

La séparation de l'enfant et de son milieu peut s'envisager dans le court terme et ne pas dépasser le temps de l'investigation et de l'évaluation: dans ces cas, le traitement s'effectue de manière ambulatoire. Toutefois, lorsque les parents se montrent incompetents, indifférents ou non collaborateurs, ou qu'une situation de danger persiste, le placement à plus long terme (en institution ou en famille d'accueil) apparaît comme la moins mauvaise des solutions.

La décision du placement d'un enfant ne peut se prendre à la légère ou de manière émotionnelle, et exige l'avis d'expert et la collaboration éventuelle du système protectionnel (Tribunal de la Jeunesse ou Service d'aide à la Jeunesse). Les risques sont multiples et, comme le souligne Dolto (1987: 140), *" le placement sera bénéfique si l'enfant comprend que la société a des devoirs à son égard et qu'il a envers la société le devoir de se protéger contre quelque chose qui le ferait mourir (psychiquement ou physiquement) avant terme "*.

7. En guise de conclusion et discussion.

A des fins de protection, d'investigation clinique et/ou de traitement, l'hôpital peut offrir un cadre structurant. Sans trop idéaliser ce type d'intervention, l'hospitalisation de l'enfant abusé, peut faciliter le travail d'investigation, d'évaluation diagnostique et de prise en charge, et permettre d'accueillir l'enfant dans des conditions optimales. Le rôle de l'hôpital, dont l'ancêtre est hôtel-Dieu (hospice charitable), est d'accueillir, de soigner et de réparer les souffrances de quiconque, et ce d'une manière inconditionnelle.

Y compris en l'absence de cause organique, l'hôpital reste un lieu de soins qui propose à l'enfant et à sa famille un espace, à la fois de sécurité et de crise, où des spécialistes de toutes disciplines sont disponibles. Bien qu'ouvert sur le monde social, l'hôpital demeure un lieu de souffrance où le corps blessé de la victime est en relation intime avec la cohorte des soignants et où l'angoisse est ravivée par le contact avec la maladie (et la mort). Si l'hospitalisation est vecteur d'insécurité psychoaffective, les relations humaines et les interventions à visées thérapeutiques essaient de temporiser l'angoisse. L'action thérapeutique permet de décanter la crise qu'elle a elle-même déclenchée. Cette crise obligée est nécessaire au processus de changement, tant pour la victime que sa famille.

Prenant appui sur l'hospitalisation, l'intervention de crise correspond à un travail très ardu qui exige une collaboration fine entre les membres du Centre Confident Multidisciplinaire "S.O.S Enfants-U.L.B." et l'ensemble du personnel soignant. Aucune situation rencontrée n'est vraiment classique et une période d'analyse, d'intervision et de concertation est nécessaire. Les intervenants de l'équipe sont souvent les demandeurs de changement pour l'enfant et sa famille. Ils sont également responsables de la crise qui déstabilise la famille, au risque de la faire éclater. Toutefois, leur volonté est de rétablir des transactions intra-familiales basées sur une certaine équité, l'éthique relationnelle, le respect et la réciprocité des échanges affectifs. Plutôt que d'y collaborer de manière compliante, la plupart des parents subissent l'intervention. Quelques-uns, englués dans leur fonctionnement, fuient le système d'intervention ou désinvestissent leur enfant. Certains s'y soumettent ou s'assouplissent, et parviennent à formuler une demande d'aide. D'autres y adhèrent, s'impliquent et se vivent comme partenaires du processus de changement. Si les parents ne sont pas demandeurs d'aide dans un premier temps, il est toutefois possible de créer un espace d'alliance thérapeutique. A travers cette crise qui initie le changement, l'hôpital devient le contenant dans lequel les conflits sont pensés, mûris, exprimés et non plus agis. De la colère à la tristesse en passant par la culpabilité et l'agressivité, le mouvement des sentiments et des émotions se tisse autour de l'enfant qui demeure protégé.

La réalité des interventions et leurs résultats sont rarement à la mesure des objectifs ambitieux recherchés par ce type d'intervention brève. Il nous paraît dès lors essentiel de construire, avec d'autres intervenants ou partenaires, un réseau d'aide et de contrôle autour de l'enfant victime et sa famille, tant pour prévenir les risques de récurrence, que pour encadrer et soutenir les parents dans leur effort de changement progressif.

Pour être plus efficace, on ne peut séparer le travail intrinsèque au moment de la crise (phase d'hospitalisation) et le continuum d'intervention externe (phase d'orientation ambulatoire). La question des relais est ouverte dès l'admission. Les membres de l'équipe ne peuvent assumer tous les suivis ambulatoires. Il faut pouvoir s'abstenir d'intervenir dès lors qu'une situation peut être confiée à des intervenants extérieurs qui assument le relais thérapeutique (phase de guidance et follow-up). En 1994, le Centre Confident multidisciplinaire SOS Enfants de l'Hôpital Saint-Pierre a diagnostiqué 68 nouveaux cas d'abus sexuels, dont 67 % intra-familiaux. L'équipe S.O.S Enfants de l'hôpital reste le lieu de référence pour les situations d'abus sexuels qu'on lui a confiées. Elle propose des

consultations et des supervisions destinées à évaluer les progrès ou les faiblesses du suivi ambulatoire (phase de réévaluation de la situation).

La structure hospitalière n'est pas sans défauts. L'efficacité de l'hospitalisation est souvent mise à rude épreuve par toutes sortes d'éléments qui interfèrent avec le système hospitalier, c'est-à-dire avec sa réalité quotidienne, ses défaillances et son inertie. L'accumulation de situations complexes et périlleuses, l'incohérence des liaisons et la disparité des services, l'insuffisance d'effectifs, la surcharge de travail, les attitudes inadéquates ou le manque de formation de certains soignants, la confusion des rôles,... rendent parfois inopérant ce type d'intervention. Nous sommes dès lors conscients que cette présentation du rôle de l'hospitalisation dans la gestion des cas d'enfants victimes d'abus sexuels peut sembler trop idyllique. Toutefois, nous pensons que cette manière d'intervenir demande beaucoup de rigueur tant au niveau organisationnel, que sur le plan des relations humaines. Cette pratique de l'hospitalisation, qui poursuit certains idéaux, nécessite un cadre de réflexion théorique et éthique.

L'hospitalisation de l'enfant victime d'abus sexuel est une intervention digne d'intérêt qui exige une dépense considérable d'énergie et de moyens. Lorsque ceux-ci sont bien distribués et que la logique d'action est bien pensée et menée, le séjour à l'hôpital peut servir de levier à un changement. La plupart des intervenants extérieurs envisagent l'hôpital au-delà de sa fonction de protection de l'enfant, comme un moyen pour mobiliser la famille et traiter ses dysfonctions. Parfois coercitif, ce mode d'intervention n'est pas dénué de risques tant pour la victime que pour sa famille. A la fois coûteuse et risquée, mais aussi originale, complexe et probante, l'hospitalisation est donc un véritable instrument d'intervention thérapeutique qu'il ne faut pas utiliser de manière dogmatique ou idéaliste.

8. Sources bibliographiques.

Anderson P. (1987), *Hôpital des enfants*, Paris, Presses de la Cité.

Ansermet F. (1994), *Psychanalyse et pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 42 (4-5), pp. 173-179.

Bruno Y., Carrière J-P., Daurignac I. et Périssé J. (1991), *L'hôpital : du soin au savoir*, In: AFIREM, *L'enfance maltraitée : du silence à la communication*, actes du Congrès de Toulouse, janvier 1990, Éditions Karthala, Paris, pp. 91-102.

Couturier D. (1993), "L'hospitalisation comme réponse possible à l'urgence" , In: *Enfance maltraitée. Crise et urgence, réflexion des équipes pluridisciplinaires*, ONE, Action enfance maltraitée, Bruxelles, p 9.

Dolto, F. (1987), *Parents délinquants, inceste*, In : *Dialogues québécois*, Paris, Ed. du Seuil, pp. 135-155.

Everstine D. et Everstine L. (1993), *Des gens en crise. L'intervention psychologique d'urgence*, Epi.

Gérad M, Blondiau C. (1991), "Équipe abusive ? Équipe abusée. Repères et interrogations d'une équipe d'institution d'hébergement", In: *L'abus sexuel de l'enfant*, ONE, Bruxelles.

Golse B. (1994), *Pédiatres et psychanalystes à l'hôpital pédiatrique*, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 42 (4-5), pp. 167-172.

Haesevoets Y.H. (1995), *Phénoménologie clinique de l'Abus Sexuel Intra-familial. Conceptualisation théorique*, Syllabus de cours, PUB, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique.

Haesevoets Y.H. & Glowacz F. (1995), *L'enfant victime d'abus sexuel intra-familial*, In: *Les abus sexuels d'enfants, Interventions et représentations*, Sciences Humaines, Mardaga, Liège, Fonds Houtman, pp. 132-161.

Seilleur J. (1983), *La charte des droits de l'enfant hospitalisé*, Paris, Le Centurion.