

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

VARIA

N°8 - Octobre 2019



CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

VARIA

ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO

Julie Achim
Nicolas Allègre
Maïté Beague
Mireille Cyr
Vincent Domon-Archambault
Valérie Guertin
Rosalie Guillemette
Martine Hébert
Miguel M. Terradas
Claire Vander Vorst

COMITÉ ÉDITORIAL

Maïté Beague
Quentin Bullens
Aurore Dachy
Marie Lambert
Jessica Segers

SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF

Christine Carrion
Dominique Jungers

CONTACT

Service SOS Enfants

Tél. :
02 542 14 10

Courriel :
sos-enfants@one.be

Site :
<http://www.one.be/index.php?id=2325>

SOMMAIRE

ÉDITO 4

ARTICLES

Carnet clinique

SOUFFRANCES DANS LES LIENS PARENT-ENFANT : RÉFLEXION THÉORIQUE ET CLINIQUE
SUR LES PRATIQUES ÉDUCATIVES FONDÉES SUR LA MENTALISATION AUPRÈS DES
ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE 6
Par Miguel M. Terradas, Julie Achim, Vincent Domon-Archambault et Rosalie Guillemette

Carnet de recherche

L'ANXIÉTÉ, LA DÉTRESSE ET LA DOULEUR RESSENTIE LORS DE L'EXAMEN ANOGÉNITAL
CHEZ LES ENFANTS PRÉSUMÉS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE 30
Par Valérie Guertin, Mireille Cyr, et Martine Hébert

VIGNETTE CLINIQUE

« S'IL FRAPPE, ON FRAPPE... » 53
Par Nicolas Allègre et Claire Vander Vorst

INCITATIONS À VOIR UN FILM 62

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 64

ÉDITO

Par ce nouveau numéro intitulé *Varia*, l'équipe éditoriale vous propose un premier Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles portant sur différentes thématiques. Habitué à un thème central dans nos précédents numéros, le lecteur trouvera ici des enseignements enrichissants sur différentes thématiques liées à la prévention et à la prise en charge des enfants présumés victimes de maltraitance ou dont la maltraitance est avérée : Quels outils utiliser auprès d'un public d'enfants hébergés en contexte de protection de l'enfance ? Quelle est la portée et l'utilité d'un examen anogénital de l'enfant présumé victime d'un abus sexuel ? Enfin, le travail en réseau autour d'un enfant en difficulté est-il possible ?

L'article de M. Terradas, J. Achim, V. Domon-Archambault et R. Guillemette (Université de Sherbrooke, Canada) sur les *Souffrances dans les liens parent-enfant : réflexion théorique et clinique sur les pratiques éducatives fondées sur la mentalisation auprès des enfants victimes de maltraitance* se penche sur la présence de défauts importants quant à la capacité de mentalisation chez les enfants ayant vécu des traumas complexes liés à la négligence, la maltraitance et diverses formes d'abus. Les enfants ayant vécu d'importants traumas complexes

sont davantage à risque d'être affectés dans leur développement et dans leurs relations. Le recours aux outils éducatifs et thérapeutiques habituels - axés sur la parole - est peu adapté ou a une portée limitée. Après avoir exposé la construction de la capacité de mentalisation chez l'enfant, les auteurs démontrent que les interventions fondées sur la mentalisation auprès des enfants hébergés dans divers milieux spécialisés de protection de la jeunesse permettent d'avoir un impact sur la propension aux agirs et à l'agressivité de l'enfant au profit de la pensée et de la capacité de symbolisation. Le programme de cette pratique éducative alternative est décrit par les auteurs de même que les résultats d'une recherche qu'ils ont réalisée afin de vérifier l'efficacité de leurs interventions.

La recherche de V. Guertin, M. Cyr et M. Hébert (Université de Montréal) portant sur *l'évaluation de l'anxiété, de la détresse et de la douleur provoquée par l'examen anogénital chez les enfants soupçonnés d'avoir été victime d'agression sexuelle* permet d'actualiser les recherches scientifiques. Les données empiriques concernant l'impact de l'examen médical sur l'enfant présumé victime d'abus sexuel sont, jusqu'à ce jour, peu nombreuses et contradictoires. La recherche est documentée

et se base sur un échantillon de 55 enfants, composé de deux groupes (enfants présumés victimes et enfants non-victimes) afin d'explorer l'état émotionnel de l'enfant présumé victime et celui de son parent lors de la visite médicale. Outre la mise en évidence du fait que l'enfant présumé victime d'abus sexuel ne vit pas un traumatisme particulier qui serait dû à la visite médicale, les auteurs soulignent l'importance de l'examen médical chez l'enfant présumé victime d'abus sexuel et l'importance de dispenser des informations claires et précises aux parents.

Enfin, la vignette clinique *S'il frappe, on frappe* présentée par Le Gerseau (équipe spécifique travaillant au sein d'un Service de Santé Mentale - Belgique) met en lumière l'impact positif auprès d'un enfant et de ses parents de l'intervention de cette équipe. La vignette souligne également les atouts et les difficultés du travail en réseau. Que faire en effet quand des professionnels n'ont pas la même vision des besoins d'un enfant ? Que faire du lien déjà établi avec la famille ? Ecoute-t-on suffisamment les professionnels en lien avec l'enfant et avec ses parents ?

Si les deux articles proposés et la vignette clinique n'abordent pas la même thématique, un enseignement commun s'en dégage : la prise en

charge des enfants plus vulnérables et la mise en place d'une aide auprès de ceux-ci doit nécessairement passer par une écoute attentive de l'enfant, de ses parents, mais aussi des professionnels qui gravitent autour de la famille.

Bonne lecture !

Maité Beague

Juriste

Equipe SOS Enfants Saint-Luc

SOUFFRANCES DANS LES LIENS PARENT-ENFANT : RÉFLEXION THÉORIQUE ET CLINIQUE SUR LES PRATIQUES ÉDUCATIVES FONDÉES SUR LA MENTALISATION AUPRÈS DES ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

Miguel M. Terradas¹, Julie Achim¹, Vincent Domon-Archambault² et Rosalie Guillemette³

Toute correspondance doit être adressée à :

Miguel M. Terradas, Ph.D.

Département de psychologie

Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil

150, place Charles LeMoine, bureau 200

Longueuil (Québec) J4K 0A8

Téléphone : (450) 463-1835, poste 61611

Télexcopieur : (450) 463-6584

Adresse électronique : miguel.terradas@usherbrooke.ca

Résumé

Une majorité d'enfants sous la protection de la jeunesse ont vécu des traumatismes complexes liés à la négligence, la maltraitance et diverses formes d'abus. Nous suggérons que ces jeunes présentent, tout comme leurs parents, des défauts importants quant à leur capacité de mentalisation ainsi qu'un fonctionnement psychique caractéristique des modes de pensée prémentalisation. Cet article présente une opérationnalisation

de ces différents modes de pensée (modes téléologique, d'équivalence psychique et fictif). Les principes sous-jacents à un programme d'intervention basé sur la mentalisation pouvant être utilisé par les éducateurs qui travaillent auprès d'enfants hébergés dans divers milieux spécialisés de la protection de la jeunesse sont décrits. Enfin, une étude préliminaire concernant l'efficacité de ce programme est brièvement présentée.

Mots-clés : mentalisation, trauma, intervention basée sur la mentalisation

Abstract

Children under care of the Youth Protection have experienced complex traumas related to neglect,

maltreatment, and various forms of abuse. The authors suggest that, as their parents, they show signi-

1 Psychologues cliniciens, Ph.D., professeurs, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

2 Psychologue clinicien, D.Ps., Centre intégré universitaire de santé et des services du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal, Canada.

3 Étudiante au doctorat en psychologie (Ph.D.), Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

ficant difficulties to mentalize as well as a pre-mentalizing mode of psychic functioning. This article presents an operationalization of the different pre-mentalizing modes of thinking (teleological, psychic equivalence, and pre-tend-mode). The underlying prin-

ciples of a mentalizing intervention program used by educators who work with children in various specialized youth protection settings are also described. Finally, a preliminary study about the efficacy of this program is briefly presented.

Keywords : mentalizing, trauma, mentalizing interventions

Les enfants étant sous la responsabilité de la protection de la jeunesse ont, pour la plupart, vécu des traumatismes complexes. Ils ont été exposés à de multiples événements traumatiques qui ont eu lieu, habituellement en bas âge, au sein de relations interpersonnelles significatives et qui se sont produits de façon répétée et prolongée. Les figures principales d'attachement, généralement les parents, sont souvent celles qui ont infligé les mauvais traitements à l'enfant (Herman, 1992; Courtois, 2004).

Les traumatismes vécus pendant l'enfance auraient des impacts majeurs sur le développement de l'enfant. Ainsi, de nombreux enfants hébergés en famille d'accueil, en foyer de groupe ou en centre de réadaptation présentent, au moment de leur prise en charge par la protection de la jeunesse, des symptômes comparables à ceux d'une population clinique (Fernandez, 2008). Selon Allen (2001), la sévérité

et la diversité des impacts observés chez les jeunes ayant vécu de tels traumatismes s'expliqueraient par le fait qu'ils s'inscrivent au sein de la relation d'attachement entre l'enfant et ses parents. Le parent n'aurait pas été en mesure d'assumer les fonctions primordiales concernant la relation d'attachement, soit rassurer et protéger son enfant. Les carences et traumatismes vécus au sein de cette relation engendreraient une importante détresse chez l'enfant,

tout en compromettant le développement de ses capacités mentales et interpersonnelles, lesquelles s'avèrent essentielles pour réguler une telle détresse (Allen, 2001). "Les carences et traumatismes vécus au sein de cette relation engendreraient une importante détresse chez l'enfant, tout en compromettant le développement de ses capacités mentales et interpersonnelles, lesquelles s'avèrent essentielles pour réguler une telle détresse (Allen, 2001)."

Lorsque le parent est lui-même la source de la peur ou des émotions négatives vécues par l'enfant, un patron relationnel problématique risque d'émerger au sein de la relation d'attachement. Ainsi, la détresse causée par le parent le besoin de proximité de l'enfant qui cherchera à se rapprocher du

parent. Ceci aura pour effet une augmentation des affects négatifs vécus par le jeune. L'enfant en viendra donc à avoir grand besoin d'une relation qui l'effraie, le parent étant à la fois source de détresse et de réconfort (Allen, 2013).

Les enfants ayant vécu d'importants traumatismes complexes sont davantage à risque que les autres de voir leur développement compromis, de présenter des symptômes cliniques, d'avoir du mal à faire face à d'éventuelles situations douloureuses, mais également d'éprouver des difficultés relationnelles importantes. Malgré la diversité des pathologies qu'ils présentent, ces enfants ont en commun des défauts significatifs au niveau de leur capacité d'autorégulation, et ce, tant au plan de la régulation de l'attention que de la régulation des affects et du comportement. Par conséquent, ils présentent un fonctionnement

psychique et relationnel sous le signe de l'agir plutôt que de la parole, la pensée et la symbolisation (Achim et Terradas, 2015).

Face à de telles difficultés, le recours aux outils éducatifs et thérapeutiques habituels, axés sur la parole et la capacité de symbolisation de l'enfant, semble peu adapté, ou du moins, avoir une portée limitée puisqu'ils s'appuient sur un équipement psychique que ces enfants – et souvent leurs parents – n'ont pas suffisamment développé. Il importe donc d'inventer de nouvelles façons de faire qui tiennent compte de cette réalité clinique ainsi que du niveau de développement psychique de ces enfants (Achim et Terradas, 2015). Afin de mieux comprendre les difficultés que présentent ces enfants ainsi que leurs parents, la notion de mentalisation apparaît des plus utiles.

LA MENTALISATION, UN ÉLÉMENT ESSENTIEL POUR SE COMPRENDRE ET COMPRENDRE AUTRUI

La mentalisation réfère à une forme d'activité mentale imaginative (Fonagy et al., 2007), subjective et dynamique (Bateman et Fonagy, 2013), au sujet de soi ou d'autrui, qui permet à l'individu de percevoir et d'interpréter les comportements humains en termes d'états mentaux intentionnels (Fonagy et al., 2002; Allen et al., 2008). Sont notamment considérés comme des états mentaux les pensées, les sentiments, les attentes et les intentions. Lorsqu'il est capable d'identifier et d'attribuer des états mentaux, l'individu est en

mesure de donner un sens à ses propres actes de même qu'à ceux des gens qui l'entourent. La mentalisation lui permet de rendre son comportement, celui d'autrui et ses relations interpersonnelles compréhensibles, prévisibles et porteurs de sens (Allen et al., 2008). Elle aide également l'individu à mieux comprendre et réguler ses émotions et, par le fait même, à mieux réguler son comportement (Fonagy et al., 1995).

La capacité de mentalisation se développe dans le contexte de la relation d'attachement entre l'enfant et son parent (Allen et al., 2008). L'attachement de type sécure, caractérisé par la sensibilité et l'empathie du parent envers son enfant, serait une condition optimale, mais non suffisante, pour le développement de la capacité de mentalisation. Il est nécessaire que le parent, à travers les interactions avec son enfant, émette des commentaires appropriés sur les états mentaux de ce dernier (Meins et al., 2001; Slade et al., 2005). Le parent dirigerait ainsi l'attention de l'enfant sur l'existence et, éventuellement, sur la signification des états mentaux (Allen et al., 2008). Pour ce faire, le parent doit s'accorder avec l'enfant afin de lui transmettre une réponse affective et comportementale qui soit à la fois semblable (puisque'elle traduit la détresse de l'enfant) et distincte (puisque'elle s'exprime de façon plus élaborée) de celle manifestée par l'enfant (Fonagy et al., 2002).

La mentalisation, telle que définie par Fonagy et Target dans une série d'articles phares parus entre 1996 et 2007 (*Playing with reality I, II, III et IV*), s'appuie sur diverses notions élaborées par d'autres psychanalystes britanniques, principalement Winnicott (p. ex., fonction

miroir, mère suffisamment bonne, *holding*).

Winnicott (1945) suggère que le développement affectif de l'enfant commence dès la naissance, et même avant celle-ci. Les expériences sensorielles (p. ex., sons, perceptions, mouvements, goûts, odeurs), le plus souvent liées à la mère⁴, sont vécues comme

« La capacité de mentalisation se développe dans le contexte de la relation d'attachement entre l'enfant et son parent. »

étant des morceaux par le bébé dont la personnalité naissante n'est pas intégrée. Ainsi, l'enfant a besoin d'une rétroaction de la mère concernant ces expériences *partielles* afin de sentir qu'elles existent. C'est grâce à la *fonction miroir* (Winnicott, 1971) exercée par la mère que l'enfant développera les premières traces mnésiques de son expérience affective, ce qui lui permettra de se construire progressivement un ensemble de représentations mentales. La qualité *suffisamment bonne* de la relation entre l'enfant et sa figure d'attachement permettra au parent d'assurer une fonction contenante (*holding*) auprès de l'enfant qui sera ainsi en mesure de se représenter ses expériences internes et d'apprendre à réguler ses émotions. En effet, selon Winnicott (1963), le bébé a besoin d'être pris en charge, d'être bercé et d'entendre une voix apaisante, capable de nommer les diverses situations qu'il expérimente. Ces expériences

⁴ Les termes «mère», «parent» et «figures de soins» sont utilisés ici de façon interchangeable pour faire référence à la personne qui procure les soins physiques et affectifs à l'enfant durant ses premières années de vie.



de contenance, à la fois psychologiques et physiques, lui permettront de développer un fonctionnement symbolique ainsi qu'une organisation du *self* et du *self* en relation.

Selon les observations de Winnicott (1945), c'est vers l'âge de cinq ou six mois que le nourrisson pose des actions ayant plus d'un but, ce qui nous laisse croire qu'il a une compréhension possible du fait que les objets ont un intérieur et un extérieur. Par exemple, nous pouvons penser que lorsque l'enfant lance répétitivement un objet avec lequel il joue hors de son champ de vision et que sa mère le lui redonne, il pourrait avoir deux intentions (naissantes), soit confirmer que cet objet ne lui appartient pas au sens de la différenciation moi/non-moi et que le retour de celui-ci dans son champ de vision dépend de la présence d'un autre (la mère). Cette compréhension témoigne de sa reconnaissance de l'existence d'autrui. Peu à peu, le bébé commence à comprendre que cet autre, généralement la mère, a également un intérieur et il devient curieux à son égard; il s'intéresse à ce qu'elle exprime. Ensuite, si tout se passe *suffisamment* bien au sein de la relation enfant-mère, le bébé sera en mesure d'intégrer ses diverses expériences relationnelles, ce qui lui permettra de ressentir qu'il est une personne entière et de développer un sentiment de soi et d'autrui. Enfin, l'enfant entrera dans la phase du développement nécessaire à la séparation de la mère et à la distinction entre les aspects appartenant au *moi* et ceux qui composent le

non-moi, ce qui l'aidera à établir des relations d'objet (Winnicott, 1963).

Suivant les idées de Winnicott, Fonagy et Target (1996, 2000, 2007; Target et Fonagy, 1996) proposent un modèle du développement de la capacité de mentalisation. Ce modèle offre une compréhension du fonctionnement psychique de l'enfant dès la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans, allant au-delà d'une conception des enjeux propres à la relation mère-enfant pour s'intéresser plus spécifiquement aux modes de pensée qui prédominent chez l'enfant avant l'intégration de la capacité de mentalisation. Ainsi, les auteurs suggèrent l'existence de trois modes *prémentalissants* caractérisant le fonctionnement mental de l'enfant en bas âge, soit les modes *téléologique*, *équivalence psychique* et *fictif*. Ces modes s'intègrent graduellement vers l'âge de cinq ans pour donner naissance à la capacité de mentalisation. L'enfant devient alors capable d'envisager que ses sentiments, pensées et intentions ne sont que des représentations de la réalité externe plutôt que son reflet fidèle.

Le mode *téléologique* se développe entre la naissance et la moitié de la seconde année de vie. Il est caractérisé par une représentation mécaniste et rationnelle des motifs sous-jacents à une action qui sont conçus en termes d'effets physiques, visibles et concrets. Dans l'esprit de l'enfant, un geste est posé simplement pour obtenir le résultat qu'il génère ou que l'enfant anticipe qu'il produise. Le mode téléologique



se fonde sur les observations du jeune enfant quant au comportement d'autrui. Ces informations lui permettent de faire ses premières inférences relatives aux autres et à l'environnement, sans toutefois qu'il ne considère leurs états mentaux. La compréhension de son comportement et de ceux des autres se limite donc aux conséquences physiques (*réelles*, tangibles et observables) qu'il engendre plutôt qu'aux motivations sous-jacentes à ces comportements. Puisque l'enfant n'a pas encore accès au monde mental, il ne comprend ni l'intention ni la réaction d'autrui (Gergely, 2003; Allen et al., 2008). Un exemple de manifestation de ce mode prémentalissant est présenté dans le Tableau I.

Le mode *d'équivalence psychique* caractérise le fonctionnement mental de l'enfant entre un an et demi et trois ans. Lorsque ce mode prédomine, la réalité interne de l'enfant prime sur la réalité externe. N'étant pas perçus comme des représentations mentales de la réalité, les états mentaux sont confondus avec elle. L'enfant ne comprend pas encore que ce qui se passe dans son esprit provient de sa vie interne et non pas nécessairement de la réalité externe (Gergely, 2003; Allen et al., 2008). N'ayant pas complètement acquis la distinction moi-autre, l'enfant tend aussi à croire que ce qu'il sait est connu par l'autre, et que ce que l'autre sait lui est accessible (Fonagy et Target, 2007). Le Tableau I présente l'exemple d'un enfant qui fonctionne selon le mode d'équivalence psychique.

Puisque les pensées et les sentiments, étant vécus comme réels, peuvent devenir terrifiants, l'enfant développe, vers l'âge de trois ans, une façon alternative de composer avec les réalités interne et externe, soit le mode *fictif* (ou *comme si*). Le développement de sa capacité à *faire semblant* permet à l'enfant de comprendre qu'il y a une différence entre son monde interne et le monde externe. Tant que cette différence n'est pas complètement acquise, ces deux mondes se doivent d'être maintenus séparés puisque la confrontation à la réalité (externe) inhibe l'imagination de l'enfant. En effet, le mode fictif existe en tant que réalité privée, complètement séparée de la réalité extérieure (Fonagy et Target, 2007) et éprouvée par l'enfant comme n'ayant aucune conséquence sur la réalité externe (Gergely, 2003; Allen et al., 2008). Un exemple de manifestation du mode fictif se trouve dans le Tableau I.

Enfin, l'intégration de ces modes de pensée permet le développement de la capacité de mentalisation. L'enfant comprend alors que les autres, tout comme lui, sont habités par des pensées et des sentiments – et donc par une réalité interne – qui sont reliés à la réalité externe. Le développement du jeu de faire semblant, ainsi que la participation active du parent à ce jeu, permet graduellement à l'enfant de saisir que ses états mentaux sont à l'image de sa réalité interne et de sa manière de se représenter le monde qui l'entoure, sans toutefois être des copies fidèles de la réalité externe (Fonagy et Target, 2000). C'est donc



notamment à travers le jeu que l'enfant arrive à étayer et à intégrer les différents acquis associés aux modes prémentalissants (Fonagy et Target, 1996). Toutefois, le développement de sa capacité de mentalisation dépend également du niveau d'implication et d'engagement de son parent dans le jeu. Un parent

qui entre dans le jeu représentationnel de l'enfant et qui l'utilise pour interagir avec lui a une réponse contingente. Il répond de façon appropriée et directe aux signaux de l'enfant, supportant ainsi son élaboration à un niveau représentationnel, le processus de différenciation entre le parent (non-moi, ce

qui provient de l'extérieur) et l'enfant (moi, ce qui provient de l'intérieur; Greenspan et Lieberman, 1994) et, ultimement, le développement de sa capacité de mentalisation. Lorsque le parent facilite et tolère l'expression des états mentaux à travers des activités ludiques, il aide l'enfant à comprendre que ses actions n'ont pas de conséquences immédiates sur la réalité. Le jeu permet donc à l'enfant d'expérimenter des états mentaux et des comportements dans un cadre sécuritaire au sein duquel il n'est pas nécessaire de s'inquiéter de leur impact sur soi et sur autrui. Le jeu lui permet aussi de moduler, voire modifier ses états mentaux et les comportements y étant liés en vue d'une meilleure

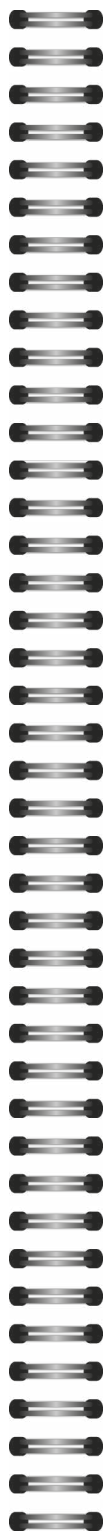
adaptation. Le Tableau I présente l'exemple d'un enfant qui fonctionne selon un mode mentalisant.

D'une façon moins optimale, un parent qui intervient activement pour changer le jeu symbolique de l'enfant ou pour en changer le thème a un comportement anti-contingent

« Les réponses du parent offrent une reconnaissance du mode symbolique de l'enfant et permettent à ce dernier de faire la distinction entre ce qui lui appartient (son monde interne) et ce qui provient de l'environnement. »

pouvant être frustrant pour l'enfant. Tout de même, les réponses du parent offrent une reconnaissance du mode symbolique de l'enfant et permettent à ce dernier de faire la distinction entre ce qui lui appartient (son monde interne) et ce qui provient de l'environnement. Le comportement de l'enfant est donc re-

connu comme méritant une réponse, même s'il n'obtient pas celle qu'il désire (Greenspan et Lieberman, 1994). Le développement de la capacité de mentalisation dépendant en partie de l'habileté à établir des liens entre le monde interne et le monde externe, il est possible de penser que, dans ce contexte, le parent permet à l'enfant d'exprimer ses états mentaux, mais ne l'aide pas à comprendre la correspondance entre ceux-ci et ce qui se passe dans son environnement immédiat, favorisant ainsi un fonctionnement psychique dans le mode fictif. Finalement, un parent qui refuse d'entrer dans le mode symbolique de son enfant, ou qui n'y répond pas, montre un comportement non-contingent.



Les réponses non-contingentes ont tendance à être moins adaptées, car elles impliquent que l'adulte ignore l'enfant, soit en comprenant mal ses signaux, soit en les évitant, affectant ainsi son habileté à différencier le moi et le non-moi (Greenspan et Lieberman, 1994) et donc, le développement de sa capacité de mentalisation.

L'engagement et la sensibilité du parent affectant le développement de la capacité représentationnelle de l'enfant, que se passe-t-il en contexte de vulnérabilité, lorsqu'il y a eu trauma au sein de la relation parent-enfant? Le développement de la capacité de mentalisation serait inhibé chez les enfants évoluant dans un environnement de soins dysfonctionnel (Gergely, 2003). Allen (2001) suggère qu'un trauma ayant lieu dans le contexte de la relation parent-enfant provoque chez ce dernier une aversion à explorer

LES DIFFICULTÉS DE MENTALISATION DE PARENTS ET D'ENFANTS VULNÉRABLES

Selon Winnicott (1968), la mère échoue inévitablement dans sa fonction de réponse aux besoins de son enfant, mais sa capacité à *réparer* ses erreurs la rend *suffisamment bonne*. En effet, l'auteur souligne que les expériences d'échecs transformées en succès aideraient l'enfant à se sentir en sécurité. De façon similaire, les expériences de privation des soins maternels, lorsque vécues de manière occasionnelle, permettraient à l'enfant d'expérimenter la réparation (Winnicott, 1968). Dans les deux cas, lorsqu'elle prend conscience de ses failles, la

ses états mentaux de même que ceux d'autrui et, par conséquent, un retrait du monde mental, lequel est perçu par l'enfant comme étant trop souffrant. En effet, il serait trop désorganisant pour un enfant de concevoir que son parent puisse lui infliger du mal intentionnellement (Fonagy et Target, 2000).

La capacité de mentalisation de l'enfant ne pourra donc pas être pleinement intégrée et étayée dans un contexte de trauma complexe (Domon-Archambault et Terradas, 2015a). L'enfant demeurera à des stades prémentalissants caractérisés par des distorsions cognitives et des incompréhensions à son sujet, à l'égard d'autrui et en lien avec ses relations interpersonnelles (Allen et al., 2008). Il demeurera également vulnérable au stress et à risque de perdre ses capacités à penser et à se réguler, déjà fragilisées (Allen, 2013).

mère déploierait des efforts supplémentaires pour comprendre ce qui habite son enfant, lui manifestant ainsi explicitement qu'elle s'intéresse à lui. Winnicott (1965) insiste sur le fait que lorsqu'elles échouent à répondre de façon adéquate aux besoins de l'enfant, les mères ne le font généralement pas délibérément. En effet, ce sont les traces mnésiques de leurs propres expériences d'enfant et de soins maternels reçus qui influenceraient leur capacité à prendre soin de leurs propres enfants (Winnicott, 1965).

Sur cette base, il est possible que les mères n'ayant pas reçu des soins *suffisamment bons* ou n'ayant pas fait l'expérience d'une satisfaction de leurs

propres besoins par un autre (leur propre mère) puissent être plus à risque de ne pas être en mesure de répondre aux besoins de leurs enfants (Mikic et Terradas, 2014). À cet effet, Winnicott (1963) considère que chaque individu possède un *vrai self* qui se développe dans le contexte d'un environnement sécurisant et d'une expérience de maternage

suffisamment bonne. Toutefois, lorsqu'une mère ignore les besoins de son enfant ou les interprète comme étant similaires aux siens, cela provoque des *empiètements* (Ogden, 1983). Afin de se protéger contre ces expériences difficiles de négligence, d'abandon ou d'intrusion, l'enfant développe un deuxième aspect de la personnalité, soit le *faux self*. Cette instance aurait pour but de protéger le *vrai self* de l'expérience d'anéantissement (Winnicott, 1963). Il est aussi possible d'imaginer que si l'enfant ne reçoit pas d'éléments sécurisants associés à la contenance, à la présence d'une voix apaisante et à la désignation des objets autant internes (p. ex., besoins, sensations physiques, sentiments) qu'externes (p. ex., sentiments de la mère), les divers

constituants de son expérience seraient vécus de façon chaotique. Il aurait donc du mal à les intégrer dans un tout cohérent lui permettant

de donner un sens à son expérience (Mikic et Terradas, 2014).

La notion de mentalisation nous permettrait d'explorer davantage ces empiètements qui peuvent avoir lieu au sein de la relation parent-enfant. Toutefois, peu de recherches concernent la capacité de mentalisation de parents d'enfants ayant vécu des traumas complexes et ayant né-

cessité une intervention de la protection de la jeunesse. Quelques rares études réalisées auprès de mères d'enfants abusés sexuellement démontrent que leur capacité de mentalisation est significativement plus faible que celle de mères issues de la population générale. Ces études rapportent que la capacité de mentalisation de mères ayant elles-mêmes été victimes d'abus sexuels pendant leur enfance est plus faible que celle de mères d'enfants abusés sexuellement n'ayant pas été elles-mêmes victimes d'abus sexuel (Ensink et al., 2015) et qu'une pauvre capacité de mentalisation chez ces mères contribuerait à l'apparition de symptômes dépressifs et de comportements sexualisés problématiques chez l'enfant (Ensink

et al., 2016). Enfin, la capacité de mentalisation concernant spécifiquement le trauma des mères ayant été victimes d'abus et de négligence pendant l'enfance s'avère un facteur de résilience important pour ces mères et pour la qualité des relations qu'elles entretiennent avec leurs enfants et leurs partenaires (Ensink et al., 2014).

D'autres travaux s'intéressant à des notions connexes à la capacité de mentalisation permettent de croire que les enfants évoluant au sein de contextes marqués par des traumas complexes pourraient présenter des difficultés au plan de la capacité de mentalisation. Par exemple, certaines études soulignent que les enfants ayant été retirés de leur milieu de vie familial suite à l'intervention de la protection de la jeunesse rencontrent des difficultés significatives quant aux habiletés liées à la théorie de l'esprit. Ainsi, Dodge et al. (1995) ont démontré que les enfants ayant été soumis à une discipline punitive ont davantage tendance à attribuer des intentions hostiles aux autres lorsqu'ils sont confrontés à des situations ambiguës. Enfin, une étude effectuée par Ostler et al. (2010) indique que les enfants hébergés en famille d'accueil ayant une bonne capacité de mentalisation présentent moins de symptômes internalisés et externalisés que ceux qui ont des difficultés au plan de cette capacité.

Bien qu'à ce jour peu d'études se soient intéressées à la capacité de mentalisation des enfants sous la protection de la jeunesse et à

celle de leurs parents, les travaux empiriques, théoriques et cliniques consacrés à la notion de mentalisation ainsi qu'à ses liens avec l'attachement et le trauma complexe permettent de penser que le fonctionnement psychique de ces enfants et de leurs parents pourrait se caractériser par la prédominance de modes prémentalitants. De tels travaux s'avèrent importants afin d'être en mesure, d'une part de mieux saisir les particularités du fonctionnement psychique de ces individus et, d'autre part, de développer des techniques d'intervention qui en tiennent compte. C'est en ce sens que Domon-Archambault et Terradas (2012, 2015a, 2015b) ont proposé une opérationnalisation de ces différents modes de pensée prémentalitants et qu'ils ont identifié des comportements, des attitudes et patterns relationnels propres à chacun de ces modes. Ils ont ensuite élaboré des interventions basées sur la mentalisation tenant compte de ces divers modes de pensée, destinées à l'intervention en contexte de protection de l'enfance. Nous en présentons ici les principaux éléments.

La prédominance du mode téléologique

Un fonctionnement psychique sous le primat du mode téléologique chez le parent se manifeste essentiellement par une absence de considération des états mentaux, tant les siens que ceux de son enfant. Dans ce contexte, le reflet qu'il procure à l'enfant à propos de son état interne est centré sur l'expérience physique, concrète et



réelle de celui-ci. La prépondérance de ce mode de fonctionnement peut aussi être associée à un contexte de négligence extrême où l'on peut supposer que le parent reflète peu ou pas du tout à l'enfant son expérience interne. Il est aussi possible que le parent fonctionnant davantage dans le mode téléologique ait des difficultés importantes au plan de la régulation du comportement et de l'affect, se traduisant par des agirs et des passages à l'acte qui mettent l'enfant à risque d'abus.

Étant laissé à lui-même, l'enfant ne peut qu'élaborer une représentation mentale de ses états internes qui demeurera très proche de ses sensations physiques. L'enfant qui évolue dans un contexte traumatique ne tiendra pas compte des états mentaux, car cette considération pourrait provoquer une grande détresse chez lui. Il aura tendance à se retirer du monde mental puisque la conception du parent comme étant habitée d'états mentaux malveillants s'avèrerait (potentiellement) traumatique (Fonagy et Target, 2000; Allen, 2001). Un fonctionnement prédominant sous le mode téléologique chez l'enfant se caractérise par une régulation affective axée sur le corps et marquée par l'agir, l'agressivité ou la surexcitation (Domon-Archambault et Terradas, 2015a). Sa compréhension de lui-même, des autres et du monde qui l'entoure serait centrée sur l'observable, le tangible. Les états mentaux prennent donc peu ou pas d'importance en comparaison aux comportements et à l'environnement physique (Allen et al., 2008; Verheugt-Pleiter et al., 2008).

La primauté du mode d'équivalence psychique

Le parent fonctionnant de manière prédominante selon le mode d'équivalence psychique éprouve des difficultés à distinguer ses propres états mentaux de ceux de l'enfant. Ainsi, la détresse de l'enfant plonge le parent dans un état semblable de détresse (Leroux et Terradas, 2013). La situation inverse est également possible : lorsque le parent est en détresse, il présume que son enfant l'est également. Cette confusion entre les états mentaux de l'enfant et ceux du parent peut être conçue comme étant la résultante d'un manque de différenciation moi/non-moi chez ce dernier. Le parent peut en outre avoir tendance à refléter la détresse de l'enfant sans lui montrer d'indices lui permettant de découvrir la nature représentationnelle et *non réelle* de son état mental. Ce reflet, souvent effectué sans modulation, donne à l'état d'esprit de l'enfant une valeur de réalité. Dans ce contexte, l'enfant comprend que les états mentaux sont contagieux, voire dangereux (Leroux et Terradas, 2013). Enfin, le parent ayant un fonctionnement prédominant sous le mode d'équivalence psychique peine à se mettre à la place de son enfant et, par conséquent, peut lui attribuer des états mentaux *adultes* qui ne prennent pas en compte le niveau développemental du jeune.

Du côté de l'enfant, la prépondérance du mode d'équivalence psychique peut se produire lorsque le parent est capable de s'accorder émotionnellement à l'état interne

de l'enfant, mais sans réussir à lui refléter ses affects de façon différenciée et à contenir sa détresse (Fonagy et al., 2002). Le parent ne contribue donc pas à symboliser et à interpréter les états internes pour l'enfant. Par conséquent, les états internes pouvant habiter l'enfant sont vécus comme étant réels plutôt que comme une représentation (Fonagy et Target, 1996). Lorsque sa détresse est mal régulée par le parent, l'enfant peut comprendre qu'elle provoque une détresse équivalente chez son parent (puis éventuellement chez autrui). La prédominance du mode d'équivalence psychique pourrait par exemple s'illustrer par un enfant qui dit savoir ce que les autres pensent, qui attribue aux autres ses émotions, qui est convaincu que ce qui l'habite est destructeur pour autrui ou qui peine à faire semblant car le jeu lui est trop réel (Domon-Archambault et Terradas, 2012, 2015a).

La prépondérance du mode fictif

Le parent qui fonctionne (quasi) exclusivement selon le mode fictif n'est pas en mesure de refléter adéquatement les états mentaux de son enfant car il n'est pas en contact avec sa propre expérience affective (Leroux et Terradas, 2013). Il peut avoir plutôt tendance à éviter de réfléchir à ses propres émotions (Fonagy et Target, 1996) et à favoriser l'intellectualisation, la rationalisation et l'évitement dans les conversations avec son enfant. On observe également le mode fictif chez des parents qui peuvent avoir une certaine capacité à mentaliser

dans un contexte peu stimulant ou anxiogène, mais qui se détachent de l'expérience affective de l'enfant lors des moments chargés émotionnellement.

Du côté de l'enfant, un fonctionnement mental marqué par la primauté du mode fictif peut survenir lorsque le parent n'a pas bien réussi à s'accorder à ce qu'exprime l'enfant (Fonagy et al., 2002). Le parent lui a reflété des émotions marquées, mais en raison d'un manque de sensibilité ou de congruence, ces émotions ne correspondent pas à son expérience. L'attitude du parent lui laisse croire que son monde interne n'est pas lié à la réalité externe (p. ex., au reflet du parent) ni à ce qu'il ressent (p. ex., ses propres sensations; Domon-Archambault et Terradas, 2015a). L'enfant peut aussi être porté à croire que les autres ne peuvent pas comprendre ses états mentaux ou qu'ils ne s'y intéressent pas. La régulation affective d'un enfant fonctionnant davantage selon le mode fictif se fera à l'extérieur de la relation avec autrui, à travers un jeu ou un discours complètement déconnecté de son expérience interne (Fonagy et Target, 1996). La primauté du mode fictif serait illustrée par un enfant qui a parfois recours à la dissociation, qui présente un discours vide ou faussement mature, qui rationalise ou qui n'arrive pas à identifier ses états mentaux, mais pouvant y arriver chez autrui (Domon-Archambault et Terradas, 2012, 2015a).



LES INTERVENTIONS FONDÉES SUR LA MENTALISATION, UNE PRATIQUE ÉDUCATIVE ALTERNATIVE EN PROTECTION DE L'ENFANCE

Le programme d'interventions basées sur la notion et le développement de la mentalisation s'adresse principalement aux éducateurs œuvrant auprès d'enfants hébergés dans divers milieux spécialisés de la protection de la jeunesse. Il fait présentement l'objet d'une adaptation à d'autres milieux d'intervention

(p. ex., unités d'hospitalisation psychiatrique ou hôpitaux de jour pour enfants ou adolescents). S'inscrivant dans la lignée des travaux de Fonagy et ses collègues, ces interventions visent à promouvoir une attitude positive vis-à-vis de cette capacité chez les éducateurs et à accroître la capacité de mentalisation des jeunes. Cette approche se fonde sur la relation d'attachement que l'enfant peut développer avec une nouvelle figure significative avec laquelle il interagit au quotidien, soit son éducateur de suivi⁵, qui accompagne le jeune dans ses activités quotidiennes et qui intervient auprès de lui. Faisant l'hypothèse que l'éducateur peut offrir une

« Faisant l'hypothèse que l'éducateur peut offrir une expérience émotionnelle réparatrice permettant à l'enfant de vivre un lien d'attachement sécurisant avec lui, Domon-Archambault et Terradas (2012, 2015a, 2015b) ont développé un programme d'intervention ciblant spécifiquement le travail de ces intervenants dont les fonctions s'apparentent à un accompagnement parental. »

expérience émotionnelle *réparatrice* permettant à l'enfant de vivre un lien d'attachement sécurisant avec lui, Domon-Archambault et Terradas (2012, 2015a, 2015b) ont développé un programme d'intervention ciblant spécifiquement le travail de ces intervenants dont les fonctions

s'apparentent à un accompagnement parental. L'objectif central de ces interventions est de soutenir l'enfant ou l'adolescent dans le développement de la capacité à mentaliser en situations chargées émotionnellement, proches de celles de la vie quotidienne, pour qu'il soit en mesure d'exprimer et de réguler ses émotions sans débordement.

Domon-Archambault et Terradas (2015a) soutiennent que l'utilisation des interventions basées sur la mentalisation en contexte de protection de l'enfance comporte plusieurs avantages. Premièrement, ce type d'interventions s'applique à l'ensemble des enfants en hébergement, peu importe la sévérité ou la nature de leur portrait clinique.

⁵ Au Québec, le terme « éducateur de suivi » désigne l'éducateur qui est responsable du dossier de l'enfant dans une unité de réadaptation ou dans un foyer de groupe. L'éducateur de suivi établit conjointement avec les autres intervenants les objectifs du placement de l'enfant et les moyens qui seront mis en application pour les atteindre (Centre jeunesse de la Montérégie, 2010). En France, les termes « éducateur référent » ou « éducateur de référence » sont utilisés.

Deuxièmement, cette approche peut avoir un impact sur la propension aux agirs et sur l'agressivité des enfants, mitigeant ainsi leurs conséquences négatives sur les autres jeunes et les intervenants. Troisièmement, les enfants en hébergement évoluent dans un contexte s'apparentant au milieu familial et suscitant des enjeux émotionnels et affectifs courants similaires à ceux que les enfants et les adolescents pourraient vivre au sein de leur famille. Enfin, ce travail ne demande pas à l'intervenant de faire des apprentissages complètement nouveaux, mais plutôt d'observer et d'ensuite bonifier sa façon actuelle d'intervenir.

Le principe directeur guidant les interventions proposées concerne la diminution de l'agir et des manifestations somatiques au profit de la régulation affective par la pensée réflexive chez le jeune ainsi qu'une meilleure gestion des réactions que provoquent ses comportements chez l'éducateur, permettant ainsi à ce dernier d'intervenir au plus près des besoins de l'enfant (Domon-Archambault et Terradas, 2012, 2015a). Les interventions basées

sur la mentalisation exigent que l'éducateur assume une position différente auprès des enfants en

situation d'hébergement.

Caractéristiques de la position de l'éducateur

Suivant les idées de Fonagy et ses collègues, l'éducateur doit d'abord manifester une curiosité à l'égard du monde interne du jeune – de ses états mentaux – et explorer davantage ces derniers. Ainsi, il doit questionner activement les commentaires de l'enfant et le confronter lorsqu'il fait des verbalisations non-mentalises ou des suppositions irrationnelles concernant les états mentaux des personnes de son entourage. Dans ce contexte, l'éducateur peut se permettre

« Il explore davantage ces contenus en collaboration avec le jeune afin de favoriser chez ce dernier l'usage explicite des processus psychiques lui permettant d'avoir accès à ses propres états mentaux et à ceux des autres, de réfléchir aux manifestations comportementales s'y reliant et de communiquer ses états mentaux à l'intervenant. »

d'offrir à l'enfant une perspective alternative et différente de sa manière de réfléchir à ses propres états mentaux (Allen et al., 2008). Ensuite, l'éducateur doit assumer une position de *non-savoir* au sein de laquelle il ne se considère pas expert des contenus mentaux de l'enfant – de ce qui peut expliquer son comportement (Allen et al., 2008). Il explore davantage ces contenus en collaboration avec le jeune afin de favoriser chez ce dernier l'usage explicite des processus psychiques

lui permettant d'avoir accès à ses propres états mentaux et à ceux des autres, de réfléchir aux manifestations





comportementales s'y reliant et de communiquer ses états mentaux à l'intervenant. En d'autres mots, l'éducateur expose explicitement à l'enfant ses propres processus de mentalisation. En outre, les interventions de l'éducateur se centrent essentiellement sur *l'ici et maintenant*, c'est-à-dire sur ce qui se passe dans le contexte de la relation avec l'enfant. Enfin, l'éducateur favorise un équilibre entre la mentalisation de soi et d'autrui. Ainsi, lorsque le jeune est excessivement centré sur lui-même, l'éducateur l'invite à considérer les états mentaux d'autrui. Inversement, quand le jeune est fondamentalement centré sur les autres, l'éducateur l'encourage à prendre en compte ses propres états mentaux.

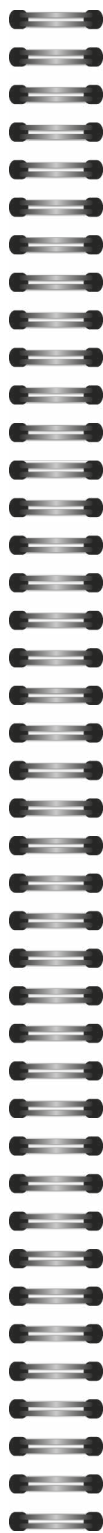
Principaux paramètres des interventions fondées sur la mentalisation

Six principaux paramètres structurent les interventions fondées sur la mentalisation, soit le développement d'un sentiment de sécurité chez l'enfant, le recours à la capacité d'empathie de l'éducateur afin de générer chez le jeune le sentiment d'être compris, la diminution des interventions non-mentalissantes au profit de la mentalisation, l'implication active de l'enfant dans le processus d'intervention, l'importance accordée au jeu et aux autres manifestations ludiques et la spécificité de l'intervention selon le mode de fonctionnement psychique prédominant chez l'enfant.

1. Le développement d'un sentiment de sécurité chez l'enfant. L'éducateur doit favoriser le développement d'un

sentiment de sécurité suffisant pour que l'enfant soit apte à considérer ses états mentaux et ceux d'autrui. Pour une grande majorité de jeunes en situation d'hébergement, l'établissement d'une nouvelle relation d'attachement constitue en soi une source importante de détresse. Dans ce contexte, il n'est pas rare de constater que la relation avec l'éducateur, bien que très différente de celle vécue avec ses parents, remémore à l'enfant les relations d'attachement défailtantes qu'il a avec ces derniers. Cette évocation et le stress qu'elle engendre provoquent des réactions paradoxales chez l'enfant : ils augmentent le besoin de proximité avec l'éducateur, proximité qui accroît à son tour la détresse qu'il vit. Il est donc nécessaire d'établir une distance relationnelle optimale entre l'enfant et l'intervenant afin d'éviter une sur-activation de son système d'attachement. En effet, l'intensité du lien d'attachement offert par l'éducateur ne doit pas dépasser la capacité d'attachement de l'enfant. Sinon, elle risque de susciter une diminution importante des capacités de mentalisation et de régulation affective du jeune.

2. Le recours à la capacité d'empathie de l'éducateur afin de générer chez l'enfant un sentiment d'être compris. Dans le contexte des interventions fondées sur la mentalisation, l'empathie de l'éducateur se manifeste différemment. Premièrement, l'accent est mis sur le processus consistant à comprendre la perspective de l'enfant plutôt que sur la recherche des faits et de leur déroulement.



Deuxièmement, il est important de saisir qu'il est difficile pour le jeune d'abandonner les stratégies non-mentalissantes qui guident son comportement habituel au profit de la mentalisation (Bleiberg et al., 2012). Ainsi, l'éducateur doit comprendre que les agirs, tels que les crises intenses de colère et l'opposition, sont souvent le résultat d'une perte, généralement prévisible, de la capacité de mentalisation. Troisièmement, il est essentiel que l'intervenant soit en mesure de reconnaître sa part de responsabilité dans les conflits et dans les escalades émotives de l'enfant reliées à l'interaction avec lui. Plus précisément, l'éducateur peut d'emblée se référer à lui-même comme étant la cause possible de la réaction du jeune dès qu'il constate qu'un problème relié à la relation avec lui se développe (Allen et al., 2008). Par exemple, l'intervenant peut s'interroger à voix haute sur ce qu'il a pu dire ou faire pour déclencher cette réaction et inviter ensuite l'enfant à réfléchir à ce questionnement. Cette technique, visant fondamentalement à éviter le déploiement de stratégies défensives chez le jeune, lui permet également d'observer les processus mentaux qui se mettent en œuvre chez l'éducateur lorsqu'il réfléchit à l'impact de son comportement sur celui d'autrui. Quatrièmement, dans le même ordre d'idées que le point précédent, avant de proposer une intervention, il est important pour l'intervenant de valider la perspective de l'enfant et d'accepter que ce qu'il nous dit est sa vérité, même si celle-ci ne correspond pas à ce qui s'est réellement passé (Fonagy et

Target, 2005). À titre illustratif, lors d'un conflit, un intervenant peut signifier à un jeune qu'il comprend sa réaction à la lumière de sa lecture de la situation, mais doucement l'inviter à considérer d'autres points de vue ou hypothèses. Cinquièmement, la nature de leurs difficultés fait souvent en sorte que les enfants en situation d'hébergement s'expriment avec des gestes plutôt que par la parole. Ces gestes doivent être considérés comme une expression de soi, même si elle est parfois inadéquate. Il convient d'aider l'enfant à penser ce qu'il exprime par son comportement (Verheugt-Pleiter et al., 2008). En ce sens, il s'avère aussi important de valoriser la mise en mots, même lorsqu'elle est inadéquate, plutôt que l'agir. Il ne s'agit pas d'encourager l'enfant à tenir des propos inappropriés, mais bien de les accepter, de les renommer adéquatement et de prendre en compte les états mentaux sous-jacents.

3. La diminution des interventions non-mentalissantes au profit de la mentalisation. Une intervention mentalisante se caractérise par la réflexivité, le dynamisme (p. ex., être actif, poser des questions), l'utilisation de l'humour et de métaphores, la spontanéité, la créativité, la curiosité, le *gros bon sens* et l'ouverture d'esprit (Allen et al., 2008). Elle a pour objet l'esprit de l'enfant plutôt qu'une conduite précise, soutenant ainsi l'attribution d'un sens au comportement observé chez lui. Enfin, il est important de se centrer sur le processus de mentalisation de l'enfant plutôt que sur l'identifica-



tion des états mentaux précis qui expliquent son comportement. De cette façon, l'éducateur aide l'enfant à découvrir activement ses propres états mentaux en même temps qu'il soutient l'attribution d'un sens à son comportement et à celui d'autrui.

4. L'implication active de l'enfant dans le processus d'intervention.

Étant donné que la mentalisation est une capacité qui se développe dans le cadre d'une relation, les acteurs de cette relation se doivent tous deux d'être impliqués pour que le processus puisse prendre place. Ainsi, les interventions fondées sur la mentalisation visent à faire de l'enfant un collaborateur actif pour qu'il apprenne éventuellement à mentaliser par lui-même ou avec autrui. Cette approche implique que l'éducateur prenne une position du type : *nous ne comprenons pas ce qui se passe, mais cherchons à comprendre ensemble*. Cette position suppose de réfléchir ensemble, à voix haute, pour refaire la séquence des événements ou pour émettre des hypothèses quant à ce qui se passe.

5. L'importance accordée au jeu et aux autres manifestations ludiques.

Une approche fondée sur la mentalisation implique de *jouer avec les idées*, de s'imaginer différentes possibilités, de faire semblant, de créer des métaphores, d'utiliser l'humour et de se mettre à la place de l'autre. L'approche basée sur la mentalisation propose aux éducateurs de jouer le plus possible. Elle suggère qu'une intervention ne doit pas nécessairement être associée aux difficultés de l'enfant, à une période

de crise ou à un trouble. Elle met de l'avant une intervention favorisant la mentalisation dans la vie de tous les jours, plutôt qu'une intervention n'ayant lieu qu'en contexte de difficultés. En ce sens, une intervention centrée sur un état mental *positif* a autant de valeur thérapeutique qu'une intervention concernant un état mental *négatif* chez les enfants en situation d'hébergement, lesquels ont de sévères difficultés au plan de la régulation des affects.

6. La spécificité de l'intervention selon le mode de fonctionnement psychique prédominant chez l'enfant.

Pour être en mesure de contribuer au développement de la capacité de mentalisation de l'enfant, il est nécessaire d'être sensible aux manifestations témoignant de son niveau de mentalisation. Ainsi, suivant les idées de Vygotsky (1966) concernant les notions d'échafaudage et de zone proximale du développement, l'éducateur travaille à la limite des capacités de l'enfant, soit assez proche de son niveau de mentalisation pour qu'il saisisse qu'il peut arriver à mentaliser par lui-même et assez loin pour que cela représente un défi pour lui et qu'il ait besoin d'un peu de soutien (Allen et al., 2008; Domon-Archambault et Terradas, 2012). Pour ce faire, l'éducateur adapte ses interventions en fonction du ou des modes de fonctionnement psychique prédominants chez le jeune. Cette approche propose des objectifs et des interventions spécifiques au niveau de mentalisation dominant chez l'enfant.

Objectifs et interventions relatifs au mode téléologique

Lorsque l'enfant fonctionne de façon prédominante sous le mode téléologique, les interventions visent essentiellement à l'amener à considérer les états mentaux dans sa compréhension de lui-même et d'autrui, c'est-à-dire à graduellement moins se référer à l'observable au profit de ce qui ne l'est pas (les états mentaux) lorsqu'il fait des inférences à partir de son propre comportement ou qu'il essaie de comprendre le comportement des personnes de son entourage. Par exemple, l'éducateur peut inviter l'enfant à observer, décortiquer et expliquer son comportement dans différentes situations. Il profite de ces occasions pour relever tout ce qui peut ressembler à des états mentaux dans les explications de l'enfant. Ainsi, lorsque le jeune est excité, sourit et a la *bougeotte*, le thérapeute peut émettre l'hypothèse selon laquelle ses manifestations corporelles pourraient être associées à la joie, au fait d'être content, cette intervention permettant à l'enfant de porter attention à l'émotion sous-jacente à son comportement.

Objectifs et interventions associés au mode d'équivalence psychique

Quand l'enfant fonctionne sous le primat du mode d'équivalence psychique, l'objectif fondamental des interventions est de créer la séparation entre, d'une part, le monde interne de l'enfant (moi) et son environnement (non-moi) et, d'autre part, les états mentaux de l'enfant (ses représentations mentales) et

ceux d'autrui (les représentations mentales de l'autre). Par exemple, lorsque l'enfant attribue à une autre personne des intentions qui lui appartiennent, l'éducateur l'invite à chercher *ensemble* des indices pour et contre ses attributions. Ainsi, l'éducateur aide l'enfant à faire la séquence, en étapes claires et observables, de ce qui l'a amené à attribuer des états mentaux à autrui. Il propose ensuite des hypothèses alternatives pouvant expliquer le comportement de la personne à laquelle l'enfant a attribué des intentions.

Objectifs et interventions liés au mode fictif

Lorsque l'enfant fonctionne de manière prépondérante dans le mode fictif, le but principal des interventions est de recréer le pont entre les états mentaux de l'enfant et la réalité immédiate. L'éducateur favorise l'ancrage à la réalité en reconnectant le jeune à ses propres représentations primaires ainsi qu'aux états mentaux et comportements des personnes de son entourage. Par exemple, l'éducateur encourage chez l'enfant l'utilisation d'un discours axé sur les émotions. Pour ce faire, l'éducateur explore activement les affects du jeune. Lorsqu'il s'avère particulièrement difficile pour l'enfant de parler de ses émotions, l'éducateur utilise des images et des métaphores qui illustrent ses sentiments.



EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS BASÉES SUR LA MENTALISATION AUPRÈS D'ENFANTS VULNÉRABLES

Une étude préliminaire sur l'efficacité des interventions basées sur la mentalisation en contexte de protection de la jeunesse a été effectuée auprès d'enfants âgés de 6 à 12 ans ($n = 8$; $M_{\text{âge}} = 9,63$) ayant vécu des situations de maltraitance justifiant le retrait de leur milieu familial, ainsi que des intervenants ($n = 9$) et du chef de service d'une unité de réadaptation et d'un foyer de groupe d'un centre jeunesse⁶ en banlieue de Montréal, au Québec (Domon-Archambault et Terradas, 2015b). Les objectifs de la recherche étaient d'évaluer si la participation des éducateurs au programme de formation portant sur ces interventions leur permettait d'actualiser et d'utiliser davantage leur capacité de mentalisation dans leurs interventions auprès des jeunes et si cela menait à une amélioration significative des agirs, des manifestations somatiques et des passages à l'acte dangereux chez ces derniers. Pour ce faire, des mesures de la capacité de mentalisation des éducateurs et des comportements internalisés et externalisés des jeunes ont été prises avant et après la formation des éducateurs. La formation était composée de quatre rencontres de trois heures combinant explications théoriques, exercices pratiques et discussions de vignettes cliniques, et de quatre rencontres de deux heures d'*interview*, consistant en des supervisions par les pairs guidées par les formateurs (Domon-Archambault

et Terradas, 2015b). La capacité de mentalisation des éducateurs a été évaluée à l'aide d'un entretien semi-structuré, soit une adaptation de l'Entrevue sur le développement du parent (Slade et al., 2004), à la relation entre l'éducateur de suivi et l'enfant, et d'un questionnaire auto-révélé, soit le Coefficient d'empathie (Baron-Cohen et Wheelwright, 2004), utilisé pour mesurer la capacité de mentalisation concernant autrui. Par ailleurs, la Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans (Achenbach et Rescorla, 2001) a été utilisée pour évaluer la présence de comportements intériorisés (p. ex., anxiété, dépression, plaintes somatiques) et extériorisés (p. ex., agressivité, opposition) chez les jeunes. Étant donné que les enfants ne sont pas fréquemment en contact avec leurs parents et que les éducateurs étaient impliqués dans la recherche, cet instrument a été complété par le chef de service.

Bien que les scores de mentalisation de plus de la moitié des intervenants aient augmenté suite à la formation, les résultats concernant l'actualisation de la capacité de mentalisation des éducateurs ne sont pas statistiquement significatifs. Les résultats concernant l'effet des interventions fondées sur la mentalisation des comportements des enfants hébergés sont cependant encourageants : la formation et la supervision reçues par les éducateurs concernant

les interventions ont contribué à diminuer significativement les symptômes de dépression, de problèmes sociaux, de somatisation et de troubles attentionnels chez les enfants concernés par l'étude. L'agressivité et les agirs ont diminué, tel qu'attendu, mais d'une manière non significative. Domon-Archambault et Terradas (2015b) suggèrent qu'une diminution plus marquée de ces manifestations

„ Les résultats concernant l'effet des interventions fondées sur la mentalisation des comportements des enfants hébergés sont cependant encourageants : la formation et la supervision reçues par les éducateurs concernant les interventions ont contribué à diminuer significativement les symptômes de dépression, de problèmes sociaux, de somatisation et de troubles attentionnels chez les enfants concernés par l'étude. „

demanderait que ces interventions soient utilisées pendant un temps prolongé et de façon soutenue⁷. Suite à cette étude préliminaire concernant l'efficacité du programme d'intervention, une révision a été effectuée. Une deuxième étude d'efficacité de ces interventions, cette fois auprès d'adolescents ayant des problèmes de santé mentale, hébergés en centre jeunesse, est présentement en cours.

CONCLUSION

Les jeunes hébergés en contexte de protection de l'enfance ont, pour la plupart, vécu des situations potentiellement traumatiques ayant eu lieu au sein de la relation avec leurs parents. Ces événements affectent la capacité des enfants à réfléchir aux états internes pouvant expliquer leurs propres comportements et ceux des autres. Il est donc suggéré qu'ils présentent des défauts importants quant à leur capacité de mentalisation ainsi qu'un

fonctionnement psychique caractéristique des modes de pensée prémentalitants. Par conséquent, ils ont tendance à privilégier l'agir, les passages à l'acte dangereux et les manifestations somatiques comme modes d'expression de leur ressenti et de régulation de leur comportement. Les interventions fondées sur la mentalisation prennent en compte les difficultés marquées que présentent ces enfants à penser leur expérience psychique et celle

⁶ Les Centres jeunesse du Québec regroupent les différents dispositifs liés à la protection de l'enfance tels que les familles et les foyers d'accueil et les centres de réadaptation.

⁷ Pour plus d'informations concernant l'étude d'efficacité sur le programme d'intervention basé sur la mentalisation, le lecteur est invité à consulter Domon-Archambault et Terradas (2015b).

des autres. Elles peuvent être intégrées au travail que les éducateurs réalisent au quotidien auprès des jeunes en situation d'hébergement dans le but de les aider à développer et à utiliser davantage leur processus de mentalisation. Ces interventions ont démontré, lors d'une étude préliminaire concernant leur efficacité, avoir un effet sur les symptômes de dépression,

de problèmes sociaux, de somatisation et de troubles attentionnels chez ces enfants. Cette étude présentant des limites relatives aux instruments utilisés pour mesurer la mentalisation chez les intervenants et à la taille de l'échantillon, d'autres recherches s'avèrent nécessaires pour démontrer l'efficacité de l'approche.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T.M.; Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achim, J.; Terradas, M.M. (2015). *Le travail clinique en contexte pédopsychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui*. *Filigrane*, 24(2): 79-92.
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Allen, J.G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London, Karnac Books.
- Allen, J.G.; Fonagy, P.; Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Baron-Cohen, S.; Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2): 163-175.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33: 595-613.
- Bleiberg, E.; Rossouw, T.; Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. Dans A. W. Bateman; P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 462-509). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Centre jeunesse de la Montérégie (2010). *Processus d'intervention clinique au Centre jeunesse de la Montérégie*. Longueuil, Direction des services professionnels, Bibliothèque et archives nationales du Québec.
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(2): 412-425.
- Dodge, K.A.; Pettit, G.S.; Bates, J.E.; Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104: 632-643.
- Domon-Archambault, V.; Terradas, M.M. (2012). *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse*. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.
- Domon-Archambault, V.; Terradas, M.M. (2015a). Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants en situation d'hébergement. *Revue québécoise de psychologie*, 36(2): 229-262.
- Domon-Archambault, V.; Terradas, M. M. (2015b). Efficacité d'une formation fondée sur la notion de mentalisation auprès des intervenants en centre jeunesse : étude pilote. *Revue québécoise de psychologie*, 36(3) : 183-208.
- Ensink, K.; Bégin, M.; Normandin, L.; Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalising difficulties. *European Journal of Psychotraumatology*, 7: 1-10.
- Ensink, K.; Berthelot, N.; Bernazzani, O.; Normandin, L.; Fonagy, P. (2014). Another step closer to measuring the Ghosts in the Nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, 5: 1471.
- Ensink, K.; Normandin, L.; Target, M.; Fonagy, P.; Sabourin, S.; Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2): 203-217.
- Fernandez, E. (2008). Unravelling emotional, behavioural and educational outcomes in a longitudinal study of children in foster-care. *British Journal of Social Work*, 38: 1283-1301.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48: 288-328.
- Fonagy, P.; Steele M.; Steele, H.; Leigh, T.; Kennedy, R.; Mattoon, G.; Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. Dans S. Golberg; R. Muir; J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ, Analytical Press.
- Fonagy, P.; Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77(2): 217-233.
- Fonagy, P.; Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81(5): 853-873.
- Fonagy, P.; Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7: 333-343.
- Fonagy, P.; Target, M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 88(4): 917-937.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67: 113-131.
- Greenspan, S.I.; Lieberman, A.F. (1994). Representational elaboration and differentiation: A clinical-quantitative approach to the assessment of 2- to 4-year-olds. Dans A. Slade; D.P. Wolf (Eds.), *Children at Play: Clinical development approaches to meaning and representation* (pp. 3-32). New York, Oxford University Press.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3): 377-391.
- Leroux, J.; Terradas, M.M. (2013). Fonction réflexive parentale et Trouble réactionnel de l'attachement : perspectives théoriques. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1): 293-315.
- Meins, E.; Fernyhough, C.; Fradley, E.; Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5): 637-648.
- Mikic, N.; Terradas, M.M. (2014). Mentalization and attachment representations: A theoretical contribution to the understanding of Reactive Attachment Disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(1): 34-56.



- Ogden, T.H. (1983). The concept of internal object relations. Dans J.S. Grotstein; D.B. Rinsley (Eds.), *Fairbairn and the origins of object relations* (pp. 88-111). New York, Free Association Books/Guilford Press.
- Ostler, T.; Bahar, O.S.; Jessee, A. (2010). Mentalization in children exposed to parental methamphetamine abuse: relations to children's mental health and behavioral outcomes. *Attachment & Human Development*, 12(3): 193-207.
- Slade, A.; Aber, J.L.; Bresgi, I.; Berger, B.; Kaplan, M. (2004). *The Parent Developmental Interview Revised*. Unpublished Protocol. The City University of New York, New York, USA.
- Slade, A.; Grienenberger, J.; Bernbach, E.; Levy, D.; Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298.
- Target, M.; Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77(3): 459-479.
- Vergheugt-Pleiter, A.J.E.; Zevalkink, J.; Schmeets, M.G.J. (2008). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. London, Karnac.
- Vygotsky, L.S. (1966). *Development of the higher mental functions*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Winnicott D.W. (1945). *Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis*. London, Tavistock Publications.
- Winnicott, D.W. (1963). The theory of Parent and infant relationships. Dans P. Buckley (Ed.), *Essential papers on object relations* (pp. 71-101). New York, University Press.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment; studies in the theory of emotional development*. London, Hogarth.
- Winnicott, D.W. (1968). *On the child*. Cambridge, MA, Perseus Publishing.
- Winnicott, D.W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard.

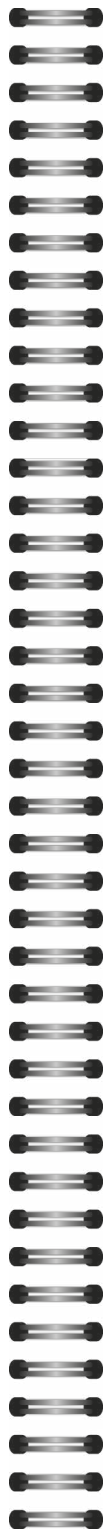


Tableau I. Exemples de manifestations des modes prémentalisans et mentalisant chez l'enfant.

Mode de fonctionnement psychique	Exemple
Mode téléologique	Une mère retire à son enfant un objet dangereux avec lequel il avait du plaisir. Ce dernier réagira par des pleurs puisqu'il n'aura plus l'objet en sa possession (conséquence physique), même si sa mère lui explique que c'est une question de sécurité (aucune considération des états mentaux d'autrui) ⁸ .
Mode d'équivalence psychique	Au sein d'un échange téléphonique, un jeune enfant parle d'un dessin qu'il a fait comme s'il était accessible à son interlocuteur et comme si ce dernier avait accès à sa perception, sans livrer les informations nécessaires à la compréhension de son dessin.
Mode fictif	Un garçon joue à la guerre avec son père. Lorsque le parent prend un rouleau de papier essuie-tout pour simuler un fusil, son fils interrompt le jeu pour lui faire remarquer que ce n'est pas un fusil, mais bien juste un rouleau de papier essuie-tout ⁸ .
Mode mentalisant	Un enfant réagit lorsqu'il apprend qu'il aura un frère. Il met en scène la colère associée à la jalousie et à la peur d'être délaissé par ses parents, d'abord de façon plus littérale, puis de manière symbolique. Finalement, l'enfant apprend à tolérer et à réguler la colère pour être davantage en mesure d'avoir une réaction plus adaptée lors de l'arrivée du nouveau-né dans la famille.

⁸ Exemple tiré de Domon-Archambault et Terradas (2015a)



L'ANXIÉTÉ, LA DÉTRESSE ET LA DOULEUR RESSENTIE LORS DE L'EXAMEN ANOGÉNITAL CHEZ LES ENFANTS PRÉSUMÉS VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

Valérie Guertin, M. Sc., étudiante au D. Psy,
Département de psychologie, Université de Montréal

E-mail : valerie.guertin@umontreal.ca,
Téléphone : + (1) 514-466-1684

Mireille Cyr, Ph.D., Département de psychologie, Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7,

E-mail : mireille.cyr@umontreal.ca,
Téléphone : + (1) 514-343-5968
Fax : + (1) 514-343-2285

Martine Hébert, Ph.D., Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
Local W-R110, 455 Boulevard René-Lévesque Est
Montréal, Québec, Canada, H2L 4Y2,

E-mail : hebert.m@uqam.ca
Téléphone : + (1) 514-987-3000, poste 5697

Cette étude a été soutenue par une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada - (IRSC # 272128) octroyée au second auteur.

Résumé

Les données empiriques concernant les effets de l'examen anogénital à la suite du dévoilement d'une agression sexuelle chez les enfants sont peu nombreuses et contradictoires. L'objectif de cette étude est de documenter l'état émotionnel de l'enfant présumé victime et celui de son parent lors de la visite médicale, ainsi que les facteurs qui pourraient être liés aux niveaux d'anxiété, de détresse et de douleur ressentis par l'enfant. L'échantillon, composé de 55 enfants âgés entre 6 et 12 ans et leurs parents, est réparti en deux

groupes, soit 37 enfants présumés victimes et 18 enfants non-victimes ayant consulté pour des infections urinaires. Les résultats des tests statistiques chi-carré et test-t indiquent, contrairement à ce qui était attendu, qu'il n'y a aucune différence significative du niveau d'anxiété ressentie entre les enfants présumés victimes et non-victimes et entre les enfants en général et leur parent. De plus, le niveau de connaissance par rapport à l'examen anogénital n'influence pas le niveau d'anxiété ressentie par l'enfant et le parent,

ainsi que le niveau de détresse de l'enfant. Finalement, aucun lien n'a été trouvé entre l'anxiété ressentie par l'enfant avant l'examen et le niveau de douleur rapporté durant celui-ci. Afin d'obtenir un portrait des participants quant aux antécédents médicaux, ainsi qu'aux caractéristiques de l'examen médical, diverses analyses

Mots-clés : agression sexuelle, enfant, examen anogénital, anxiété, centre d'appui aux enfants

Abstract

Empirical evidence on the effects of anogenital examination following disclosure of child sexual abuse is scarce and inconsistent. The objective of this study was to provide a better understanding of the emotional response of children and their parents at the time of the medical examination and to identify the factors that may be related to the child's report of anxiety, distress and pain. The sample was composed of 55 children ranging in age from 6 to 12 years old and their parents, divided into two groups: 37 sexually abused children and 18 non-abused children consulting for urinary tract infection. Results of chi-square and t-test statistical analyses indicate that, contrary to expectations, there is no significant difference between victims and non-victims and between child-

Keywords : sexual abuse, child, anogenital exam, anxiety, Child Advocacy Center

INTRODUCTION

L'agression sexuelle (AS) chez les enfants est maintenant considérée comme un problème de santé

statistiques exploratoires ont été effectuées. Les résultats confirment ceux d'autres études indiquant que les enfants présumés victimes d'agression sexuelle ne ressentent pas plus d'anxiété, de détresse (score total) et de douleur que les enfants non-victimes lors de l'examen.

ren and their parents in regard to child anxiety. Moreover, the level of knowledge relative to the anogenital examination is not related to the level of anxiety reported by the child and the parents, or to the level of distress experienced by the child. Finally, no link was found between the anxiety experienced and the level of pain reported during the examination. Various exploratory statistical analyses were carried out to obtain a portrait of child victims and non-victims relative to their medical history and characteristics of the medical examination. Consistent with the results of prior studies, our results suggest that child victims do not experience more anxiety, distress (total score) and pain than non-victimized children.

publique très sérieux étant donné sa prévalence dans la population générale et les conséquences qui

en découlent. En Amérique du Nord, 20% des filles et 8% des garçons ont été victimes d'AS avant l'âge de 18 ans, mais ces taux seraient toutefois jusqu'à 30 fois plus élevés lorsque l'AS est rapportée par la victime plutôt que par les autorités (Stoltenborgh et al., 2011, 2015). Il est maintenant bien établi qu'une AS est un événement traumatique qui peut entraîner de nombreuses conséquences chez les enfants qui en sont victimes (Berliner, 2011) et que ces difficultés peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte (Afifi et al., 2014). Il est ainsi important que les enfants victimes reçoivent des aides spécialisées et adaptées à leurs besoins suite au dévoilement afin de diminuer les symptômes présents et le risque d'en développer dans le futur (American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, 1991).

La visite médicale. Parmi les mesures qui sont mises en place afin de veiller à la sécurité et au développement de l'enfant à la suite d'un dévoilement d'AS, on retrouve la visite médicale. Tout au long de celle-ci, des efforts sont déployés par les professionnels de la santé pour s'ajuster aux besoins de l'enfant (p.ex. discuter avec le parent et l'enfant avant et après l'examen, prolonger la durée de l'examen pour suivre le rythme de l'enfant), et ce, dans le but de diminuer les risques d'effets négatifs (Berson et al., 1993; Britton, 1998). Concrètement, le médecin commence par examiner l'enfant de la tête aux pieds pour ensuite examiner les parties gé-

tales externes et la zone anale de l'enfant. La visite médicale a donc pour but de déceler la présence d'infections transmises sexuellement, de diagnostiquer et traiter les traumatismes génitaux lorsque nécessaire, de rassurer le parent et son enfant quant à l'intégrité physique de ce dernier ainsi que de fournir des soins médicaux au besoin. De plus, dans certaines situations, il pourrait permettre de dépister des signes de négligence ou de mauvais traitements pour lesquels l'enfant n'est pas référé (Marks et al., 2009; Allard-Dansereau et Frappier, 2011). Bien que les experts suggèrent que tous les enfants présumés victimes d'AS subissent l'examen médical, notamment pour rassurer les enfants, et ce, même lorsqu'il y a peu de chances de trouver des preuves ou que les probabilités que l'enfant ait besoin de traitement physique soient faibles (Finkel et De Jong, 2001; Adams et al., 2007), seulement entre 10% et 25% d'entre eux subissent l'examen anogénital (Hibbard, 1998; Fallor et Henry, 2000; Smith et al., 2006). Ces taux pourraient être expliqués en partie par des notions préconçues des intervenants quant à l'utilité de l'examen ainsi que par les caractéristiques individuelles du cas, telles que le type d'AS, puisqu'elles influenceraient la décision que l'enfant subisse ou non l'examen médical (Hibbard et Zollinger, 1992; Kerns et al., 1994).

Présence d'anxiété, de détresse et de douleur. Les professionnels de la santé ont remarqué, au fil des ans, que l'examen des parties gé-

nitales pouvait être une procédure effrayante pour certains enfants victimes d'AS. Cela n'est toutefois pas surprenant puisqu'il s'agit habituellement d'une expérience inconnue pour l'enfant et que plusieurs aspects de l'examen sont susceptibles d'être perçus comme gênants, douloureux, effrayants ou intrusifs. Quelques études ont porté sur la façon dont se sentent les enfants vis-à-vis l'examen anogénital, mais à ce jour, aucune donnée n'a supporté l'hypothèse affirmant que celui-ci est une expérience traumatisante pour l'enfant, et ce, même s'il n'a pas été préparé (Lazebnik et al., 1994; Steward et al., 1995; Dubowitz, 1998; Gully et al., 1999; Wai-bel-Duncan et Sanger, 1999; Berenson et al., 2000; Palusci et Cyrus, 2001; Wai-bel-Duncan, 2001). Malgré tout, il est possible de croire que l'enfant demeure à risque de ressentir de l'anxiété, de la détresse ainsi que de la douleur au moment de la visite médicale.

Anxiété. Dans les études, une distinction importante est faite entre le trait de personnalité d'anxiété et la réponse émotionnelle spécifique à une situation (Spielberger, 1988, cité dans Gauthier et Bouchard, 1993). Ainsi, l'anxiété situationnelle se définit comme *un état émotionnel transitoire, caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude, et d'une augmentation de l'activité du*

système nerveux autonome. Tandis que le trait d'anxiété réfère plutôt à des différences individuelles relativement stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une élévation d'anxiété situationnelle.

En ce qui a trait aux enfants victimes d'AS, il a été démontré qu'ils sont plus susceptibles de souffrir de troubles intériorisés (p.ex. symptômes d'anxiété et de dépression, troubles somatiques) et d'entretenir certaines croyances erronées (p.ex. qu'ils ne peuvent faire confiance à personne) que les enfants non vic-

times (Berliner, 2011). En plus d'avoir des répercussions sur le quotidien de l'enfant, le fait d'avoir été victimes d'AS influencerait comment il se sent lors de l'examen médical. En effet, certaines données existantes suggèrent que le fait qu'un enfant ait été victime d'AS

« Certaines données existantes suggèrent que le fait qu'un enfant ait été victime d'AS ou d'agression physique est associé à une augmentation du niveau d'anxiété ressenti lors de l'examen médical. »

ou d'agression physique est associé à une augmentation du niveau d'anxiété ressenti lors de l'examen médical (Gully et al., 2000; Hornor et al., 2009). Dans plusieurs études, la perception de l'enfant n'est toutefois pas prise en considération et ce sont les parents qui sont rencontrés pour documenter la façon dont se sent leur enfant par rapport à l'examen. Selon Allard-Dansereau et al. (2001), 40,2% des mères ont dit que leur enfant était anxieux ou très anxieux avant l'examen médical et bien que

la plupart des enfants l'a évalué comme étant très désagréable, il demeure que les mères avaient tendance à l'évaluer plus négativement que les enfants. Le même phénomène a été observé dans une étude qui évaluait plutôt le niveau de stress ressenti par l'enfant et son parent (Marks, 2009). Ainsi, plus de la moitié des parents étaient extrêmement stressés avant l'examen et supposaient que leur enfant l'était autant, mais seulement 17% d'entre eux étaient réellement stressés. Bref, les enfants victimes seraient plus susceptibles de vivre de l'anxiété que les enfants non victimes, mais l'intensité de celle-ci varierait selon le répondant, ce qui souligne l'importance de demander directement à l'enfant quand il est question de ses émotions. En effet, les parents ne semblent pas être en mesure de bien évaluer la situation et seraient en fait plus anxieux que leur enfant lors de la visite médicale.

Détresse. La détresse vécue par l'enfant pendant l'examen correspond à la présence de plusieurs manifestations verbales (pleurs, expression de peur et de douleur) et non verbales (comportements ner-

veux, contrainte, rigidité musculaire, battre l'air) qui peuvent être répertoriées par le personnel médical (Gully et al., 1999). Afin de mieux cerner l'impact émotionnel de l'examen anogénital ainsi que les conséquences qui y sont associées, l'étude de Gulla et al. (2007), effectuée auprès de 158 enfants âgés de 5 à 6 ans, est particulièrement intéressante puisqu'elle porte sur des enfants n'ayant pas été victimes d'AS. Les résultats montrent qu'environ le tiers d'entre eux ont présenté des signes mineurs de détresse durant l'examen, mais que lorsque les données sont auto-rapportées plutôt qu'obtenues par le biais de l'infirmière ou des parents, seulement 7,7% des enfants ont considéré l'examen comme étant négatif ou plutôt négatif. Il en ressort que les enfants vivent peu de détresse durant l'examen médical, mais que les taux varient considérablement selon le répondant.

Pour ce qui est du niveau de détresse ressenti par les enfants victimes d'AS lors d'une visite médicale, l'étude d'Allard-Dansereau et al. (2001), effectuée auprès d'un échantillon de 50 enfants âgés de 4

à 12 ans, conclut que plus de la moitié des enfants n'ont pas vécu de détresse psychologique lors de l'examen, malgré la présence de peur et d'anxiété chez certains. Deux autres études (Gully et al., 1999; Gulla et al., 2007) ont, quant à elles, divisé la visite médicale en deux parties (examen général et anogénital) et les résultats montrent que la détresse est significativement plus élevée lorsque les parties anogénitales sont examinées comparativement au reste du corps. Malgré le fait qu'une étude (Palusci et Cyrus, 2001), qui a évalué la réaction de 227 enfants âgés de 0 à 17 ans, a obtenu que 14% des enfants aient toujours une appréhension après l'examen, il semblerait que les sentiments négatifs, dont la détresse, seraient moins élevés après avoir complété l'examen anogénital qu'avant celui-ci (Steward et al., 1995). En résumé, ces études permettent de conclure que ce ne sont pas tous les enfants qui ressentent de la détresse lors de l'examen anogénital et que les taux sont plus faibles lorsque les données sont auto-rapportées. De plus, ce serait lorsque les parties anogénitales de l'enfant sont observées, plutôt que le reste de son corps, que l'enfant ressentirait plus de détresse et cela diminue lorsque l'examen est terminé.

Douleur. En ce qui concerne le niveau de douleur ressenti par les enfants lors de l'examen, les résul-

tats sont similaires d'une étude à l'autre et suggèrent que la majorité des enfants ne ressent pas ou peu de douleur. En effet, Allard-Dansereau et al. (2001) rapportent que 20% des enfants interrogés disent avoir ressenti de la douleur et Steward et al. (1995) montrent que 16% des filles âgées entre 3 et 15 ans décrivaient l'examen comme étant douloureux. Tout comme pour l'anxiété et la détresse, les taux de douleur obtenus seraient plus élevés lorsque le répondant est le parent plutôt que l'enfant. En ce sens, l'étude de Marks et al. (2009) indique que 87% des parents d'enfants victimes d'AS âgés de 3 ans et plus s'attendaient à ce que leur enfant ressente un peu de douleur, mais qu'après l'examen, seulement 48% des parents croyaient que la procédure avait été douloureuse pour leur enfant. L'étude de Lazebnik et al. (1994) a, quant à elle, obtenu, après avoir interrogé les parents de 99 enfants âgés de 3 à 17 ans, que 57% des enfants avaient ressenti de la douleur, mais que seulement 14% la considéraient comme élevée.

« Ce sont les enfants anxieux ou en détresse qui sont le plus susceptibles de ressentir de la douleur physique. »

Il est important de noter que ce sont les enfants anxieux ou en détresse qui sont le plus susceptibles de ressentir de la douleur physique (Bernard et al., 2006). Ainsi, l'anxiété vécue lors de l'examen médical peut contribuer à l'apparition de comportements perturbateurs ainsi qu'à une augmentation de la



perception d'inconfort et de douleur chez l'enfant (Thevenin, 1990). Bref, les enfants ne ressentiraient généralement que peu ou pas de douleur lors de l'examen, mais les taux semblent être influencés par le type de répondant. De plus, l'expérience de douleur est vécue différemment d'un enfant à l'autre, mais il semblerait que la présence d'anxiété avant l'examen ou de détresse pourrait influencer le niveau de douleur ressenti.

Facteurs associés à la présence d'anxiété, de détresse et de douleur.

Devant la présence de certaines réactions émotives des enfants, on peut se questionner sur les facteurs qui contribueraient à de telles réactions. Quelques facteurs ont été identifiés comme étant associés à la réaction émotionnelle de l'enfant et de son parent lors de l'examen. Ainsi, les caractéristiques de l'enfant (p.ex. jeune, crainte des examens de routine), ainsi que de l'examen (p.ex. absence de support parental durant l'examen) peuvent augmenter la détresse vécue par l'enfant (Berson et al., 1993; Lazebnik et al., 1994; Steward et al., 1995; Britton, 1998; Dubowitz, 1998; Gully et al., 2000; Allard-Dansereau et al., 2001). Selon Lumley et al. (1993), les expériences médicales antérieures seraient un des facteurs qui influence le plus le niveau de détresse de l'enfant durant l'examen. En ce

« Les expériences médicales antérieures seraient un des facteurs qui influence le plus le niveau de détresse de l'enfant durant l'examen. »

sens, les études de Lazebnik et al. (1994), de Dahlquist et al. (1986), effectuées auprès de 79 enfants âgés de 3 à 12 ans, et de Bijttebier et Vertommen (1998), portant sur 47 enfants âgés de 2 à 13 ans, indiquent que les enfants ayant vécu une expérience négative, plutôt que neutre ou positive, lors d'un examen médical quelconque dans le passé, vont ressentir plus d'anxiété avant l'examen, manifester une détresse plus intense et seront moins coopératifs lors d'une future consultation médicale, et ce, même s'il s'agit d'un simple examen de la gorge.

Au niveau des connaissances par rapport à l'examen, les études montrent que cela peut avoir un impact sur la façon dont tant l'enfant que le parent se sentent lors de la visite médicale. Ainsi, le fait que les enfants soient peu ou mal informés quant à la nature et au but de la visite médicale influence leur état émotionnel lors de l'examen (Rasnake et Linscheid, 1989; De San Lazaro, 1995; Britton, 1998; Lynch et Faust, 1998). En ce sens, Rheingold et al. (2013) mentionnent que 94,1% des enfants ne savent pas en quoi consiste l'examen médical. Selon Steward et al. (1995), la plupart des mères préparent très peu leur enfant et omettent de mentionner que la zone anogénitale sera examinée. Seulement 7% des enfants auraient reçu de telles informations. Cette

préparation insuffisante n'est pas sans conséquence, car les études indiquent qu'une augmentation des connaissances à propos de l'examen anogénital par l'enfant est liée à moins d'anxiété avant l'examen (Rheingold et al., 2013) et à moins de détresse durant l'examen (Thevenin, 1990; Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Bref, le fait que les enfants n'ont que peu d'informations à propos de l'examen et que celles-ci ne sont pas toujours exactes, influencerait la façon dont ceux-ci se sentent lors de l'examen médical.

Lorsqu'on s'attarde à l'expérience vécue par les parents lors de l'examen anogénital, on peut constater que ceux-ci ne sont pas mieux informés. En ce sens, selon une étude récente (Rheingold et al., 2013), plus de la moitié des parents ne savaient pas en quoi consistait l'examen (61,8%). Ces résultats rejoignent ceux d'études antérieures qui indiquent que les parents reçoivent des informations partielles et imprécises concernant l'examen de leur enfant (Berson et al., 1993;

OBJECTIFS

Cette recherche vise à documenter l'état émotionnel de l'enfant présumé victime d'AS et de son parent lors de la visite médicale ainsi que les facteurs qui pourraient être liés aux niveaux d'anxiété, de détresse et de douleur ressentis par l'enfant. En se basant sur les études réalisées dans le passé, les hypothèses de recherche sont que :

1) les enfants présumés victimes d'AS seront significativement plus

Steward et al., 1995; Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Il est toutefois difficile de bien saisir l'impact du niveau de connaissance du parent sur son état émotionnel puisque les résultats varient d'une étude à l'autre. En ce sens, l'étude de Rheingold et al. (2013) a montré que les parents qui avaient plus de connaissances sur le but et la procédure de l'examen anogénital ressentaient plus d'anxiété avant celui-ci tandis que l'étude de Marks et al. (2009) a plutôt obtenu qu'un manque de connaissances était associé à un niveau élevé de détresse chez les parents durant l'examen.

Bref, le fait d'avoir déjà eu une expérience négative chez le médecin dans le passé influence négativement la façon dont se sent l'enfant lors des visites médicales futures. De plus, les enfants et les parents n'ont que très peu d'informations quant à la nature et au but de l'examen anogénital et cela influence l'expérience vécue lors de la visite médicale.

nombreux à ressentir de l'anxiété avant l'examen anogénital que les enfants n'ayant pas été victimes;

2) il y aura significativement plus de parents que d'enfants qui rapporteront de l'anxiété avant l'examen anogénital;

3) les enfants qui ressentiront de l'anxiété avant l'examen rapporteront significativement plus de douleur pendant l'examen que les enfants qui ne seront pas anxieux;

4) les enfants qui auront moins de connaissances quant à l'examen anogénital seront plus anxieux avant l'examen et ressentiront plus de détresse durant celui-ci que les enfants qui auront plus de connaissances;

5) les parents qui auront plus de connaissances quant à l'examen anogénital seront plus anxieux avant le début de l'examen que ceux qui détiennent moins de connaissances.

MÉTHODE

Devis et Participants

Cette étude pré-expérimentale, composée de deux échantillons indépendants ayant été recrutés dans deux établissements, a été réalisée entre les mois d'avril 2013 et d'avril 2017 lors d'un seul temps de mesure. L'échantillon est formé de 55 enfants répartis en deux groupes. Le premier est composé de 37 enfants (28 filles et 9 garçons) âgés entre 6 et 12 ans ($M = 8,8$; $É.T. = 1,8$) présumés victimes d'AS (c.-à-d. l'enfant victime ainsi que l'enfant présumé victime suite à une confiance de sa part ou du fait de la suspicion d'un tiers) et de leur figure parentale. La majorité d'entre eux vivent dans une famille monoparentale ou reconstituée (70,3%) et le revenu familial annuel est inférieur à 39 999\$ (64,9%). Ceux-ci ont été sollicités lors de la prise de rendez-vous pour la visite médicale de leur enfant au Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV), qui est un Centre d'appui aux enfants qui offre sous un même toit plusieurs services (policiers, médecins, travailleurs sociaux et psychologues) spécifiquement adaptés aux besoins des enfants présumés victimes d'AS âgés de 6 à 12 ans. Le deuxième groupe est, quant à lui, formé de 18 enfants (13 filles et 5

garçons) non victimes âgés entre 6 et 11 ans ($M = 8,5$; $É.T. = 1,9$) et de leur figure parentale qui ont été sollicités à leur arrivée à la Clinique des infections urinaires au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine). La majorité de ces familles ont un revenu familial annuel de plus de 40 000\$ (83,3%) et l'enfant demeure avec ses deux parents (83,3%).

En ce qui a trait aux caractéristiques des enfants présumés victimes d'AS, 36,7% ont rapporté avoir subi un seul incident d'AS et 63,3% disent avoir subi des épisodes répétitifs ou chroniques. Lors du premier épisode, les enfants avaient entre 4 et 11 ans ($M = 7,9$; $É.T. = 2,3$) tandis que les agresseurs avaient entre 10 et 75 ans ($M = 34,1$; $É.T. = 18,6$), mais majoritairement plus de 19 ans (65,6%). L'agresseur était soit le père ou le beau-père (41,2%), un frère ou un demi-frère (20,6%), un membre de la famille élargie (17,7%) ou une connaissance (20,6%).

Procédure et instruments de mesure

Les participants ont été sollicités à leur prise de rendez-vous au CEMV ou à leur arrivée à la clinique d'infection urinaire du CHU Sainte-Justine

pour leur examen anogénital. Un assistant de recherche était présent pour rencontrer les familles afin de leur expliquer le projet, leur faire signer le formulaire de consentement et les aider à remplir les questionnaires avant et après l'examen médical. Les médecins ont aussi été sollicités après la visite médicale pour compléter l'Échelle de détresse lors d'un examen génital. Étant donné l'absence de seuil clinique établi pour les instruments permettant d'évaluer l'anxiété, la détresse et la douleur, deux catégories ont été créées pour les analyses (Score total plus grand de 0 = Présence; Score total de 0 = Absence).

Entrevue semi-structurée. L'entrevue, basée sur les études faites par Allard-Dansereau et al. (2001) et Steward et al. (1995), est d'abord effectuée avec l'enfant individuellement et ensuite avec le parent seul, et ce, avant qu'ils ne rencontrent le médecin. L'entrevue permet d'en apprendre davantage sur la façon dont l'enfant et son parent se sentent, sur leurs connaissances concernant la visite médicale, sur les attentes du parent ainsi que sa perception de la réaction de son enfant face à l'examen. Le parent fournit aussi des informations concernant les caractéristiques sociodémographiques de la famille (p.ex. l'âge de l'enfant et du parent, le revenu familial) et le dossier médical de l'enfant (p.ex. la présence d'un problème de santé chronique ou d'antécédents chirurgicaux, la fréquence des visites chez le médecin) dans le but de contrôler le degré de familiarité de l'enfant avec les examens médicaux. Pour

déterminer le niveau de connaissance de l'enfant et du parent, le nombre de réponses données a été additionné et trois niveaux ont été retenus (p.ex. aucune connaissance, 1 connaissance, 2 connaissances et plus).

L'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait de l'Enfant (IASTE, Turgeon et Chartrand, 2003). Cet instrument de 20 items est la version française et adaptée du *State and Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC;* Spielberger et al., 1973). Aux fins de l'étude, seule l'anxiété situationnelle est évaluée, soit avant et après l'examen médical. L'enfant doit sélectionner la réponse qui représente le mieux comment il se sent à ce moment précis et un score de 0, 1 ou 2 est ensuite attribué à chacun des vingt items (dont 10 se réfèrent à la présence d'affect négatif et 10 à la présence d'affect positif) pour un total variant de 0 à 40. La consistance interne de l'instrument se situe à 0,88, la fidélité temporelle à 0,43 et la validité convergente à 0,46.

L'Échelle d'Anxiété Situationnelle de l'Inventaire d'Anxiété Situationnelle et de Trait d'Anxiété. Cet instrument de 6 items est une version française de la version courte (*STAI-SF-Y,* Marteau et Bekker, 1992) du *State and Trait Anxiety Inventory (STAI-Y,* Spielberg, 1983). Aux fins de l'étude, seule l'anxiété situationnelle des parents vis-à-vis de la visite médicale de leur enfant est évaluée, soit avant et après l'examen médical, et ce, à l'aide d'une échelle de Likert à quatre points (1 = pas du

tout, 2 = un peu, 3 = modérément, 4 = beaucoup). Un score de 0, 1, 2 ou 3 est ensuite alloué à chacun des 6 items pour un total pouvant aller de 0 à 18. Cette version a une consistance interne de 0,90 et une fidélité temporelle variant de 0,79 à 0,81. De plus, des corrélations variant de 0,92 à 0,95 sont obtenues entre les scores de la version courte et longue. Le coefficient de corrélation obtenu entre une situation anxio-gène et non anxio-gène est de 0,89, ce qui corrobore la validité de construit de l'instrument.

L'Évaluation de la douleur (*Pain Faces Scale*; Bieri et al., 1990), permet d'évaluer, à l'aide de dessin représentant six visages (0 = pas mal, 2 = un petit peu mal, 4 = un peu plus mal, 6 = encore plus mal, 8 = très mal, 10 = très très mal), la douleur ressentie par l'enfant avant, pendant et après l'examen médical. Le score total peut ainsi varier de 0 à 10. Il est important de noter que pour ne pas influencer la douleur ressentie pendant l'examen, la question a été posée rétrospectivement. Cet instrument a une fidélité interjuge moyenne de 0,97. Un coefficient de corrélation de 0,92 a été obtenu avec

RÉSULTATS

Le logiciel SPSS 24 (*Statistical Package for the Social Sciences*) a été utilisé pour réaliser les analyses statistiques. Celles-ci sont composées d'analyses descriptives et de tests de comparaison (chi carré et test-t). Étant donné que les scores pour chaque variable étaient faibles, nous avons donc créé des catégo-

une échelle visuelle analogique, ce qui supporte la validité de l'instrument.

L'Échelle de détresse lors d'un examen génital (*Genital Examination Distress Scale*; Gully et al., 1999). Cette mesure d'observation comporte 7 indices qui se divisent en deux sous-échelles, soit 4 items pour la détresse de type agitée (pleurs, contrainte, rigidité musculaire, battre l'air) et 3 items pour celle de type verbale (comportements nerveux, verbalisation de peur ou de douleur). Elle a été complétée par le médecin après l'examen pour évaluer le degré de détresse perçu chez l'enfant durant l'examen à l'aide d'une échelle de Likert à 3 points (1 = absent, 2 = légèrement démontré, 3 = définitivement démontré). Ensuite, des scores de 0, 1 ou 2 sont attribués à chacun des comportements pour un total se situant entre 0 et 14. Ainsi, le score peut varier de 0 à 8 pour la détresse de type agitée et de 0 à 6 pour la détresse de type verbale. Cet instrument a une consistance interne de 0,71 et une fidélité interjuge de 0,61 lorsque le score total est utilisé.

ries (absent – présent) pour chacune des variables qui sont rapportées au tableau 1. Des test-t ont été effectués pour comparer l'intensité de l'anxiété, de la détresse et de la douleur ressentie chez les enfants présumés victimes d'agression sexuelle de ceux qui ne le sont pas à partir des scores continus. Cer-

tains participants n'ont pas rempli tous les questionnaires en raison de contraintes liées au moment de l'examen médical et hors de notre

En ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques, des analyses Chi-carré et test-t ont été effectuées. Les résultats montrent qu'il y a des différences significatives entre les enfants présumés victimes et non-victimes en ce qui a trait au type de famille ($\chi^2 (1, N = 55) = 13,96, p = 0,000, \Phi = -0,504$) et au revenu familial ($\chi^2 (1, N = 55) = 11,26, p = 0,001, \Phi = 0,452$). Cela signifie qu'un plus haut taux d'enfants présumés victimes ne vivent pas dans leur famille d'origine et sont dans des familles avec un revenu plus faible, comparé aux enfants non victimes.

Afin de vérifier les hypothèses qui ont été émises, des analyses Chi-carré et test-t ont été effectuées. Contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas plus d'enfants ressentant de l'anxiété dans le groupe des enfants présumés vic-

times que dans celui des non-victimes ($t (50) = 0,630, p = n.s.$). En ce qui concerne la présence d'un lien entre l'anxiété ressentie par l'en-

« Contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas plus d'enfants ressentant de l'anxiété dans le groupe des enfants présumés victimes que dans celui des non-victimes. »

« Les enfants qui ressentent de l'anxiété avant l'examen ne rapportent pas plus de douleur pendant celui-ci. »

« Le fait d'avoir moins de connaissances à propos de l'examen n'est pas lié à un niveau plus élevé d'anxiété avant l'examen ou de détresse durant l'examen. »

fant présumé victime et son parent, les résultats ne sont pas significatifs. Il n'y a donc pas plus de parents que d'enfants qui vivent de l'anxiété avant l'examen ($\chi^2 (1, N = 35) = 0,686, p = n.s., \Phi = 0,140$). Les résultats montrent aussi que

les enfants qui ressentent de l'anxiété avant l'examen ne rapportent pas plus de douleur pendant celui-ci ($\chi^2 (1, N = 38) = 0,422, p = n.s., \Phi = 0,105$). Concernant le niveau de connaissance de l'enfant quant au déroulement de l'examen, les résultats indiquent qu'il n'est pas lié à la présence d'anxiété avant l'examen ($\chi^2 (2, N = 34) = 3,143, p = n.s., \Phi = 0,304$) ainsi qu'à la détresse verbale ($\chi^2 (2, N = 31) = 0,045, p = n.s., \Phi = 0,978$) ou agitée ($\chi^2 (2, N = 31) = 0,471, p = n.s., \Phi = 0,123$) ressentie durant l'examen. Cela signifie que le fait d'avoir moins de connaissances à propos de l'examen n'est pas lié à un niveau plus élevé d'anxiété avant l'examen ou de détresse durant l'examen. Fina-

lement, les résultats montrent que le niveau de connaissance du parent concernant l'examen n'est pas lié à l'anxiété vécue avant l'examen ($\chi^2 (1, N = 37) = 0,045, p = n.s., \Phi = 0,035$), donc le parent ayant beaucoup de connaissances ne serait pas plus anxieux avant l'examen qu'un parent détenant moins d'informations.

Bien que les résultats obtenus infirment chacune des hypothèses, des analyses statistiques exploratoires (chi carré et test-t) ont permis

d'établir un portrait plus détaillé des enfants présumés victimes et non-victimes quant aux antécédents médicaux (p.ex. avoir ou non un médecin de famille, avoir déjà eu des prélèvements) ainsi qu'aux caractéristiques de l'examen médical (p.ex. niveau de connaissance de l'enfant et du parent par rapport à l'examen). Il en ressort que les enfants présumés victimes et non victimes sont différents principalement en ce qui concerne les antécédents médicaux. Ainsi, les enfants non-victimes seraient plus nombreux à avoir consulté un médecin au cours de l'année précédente ($\chi^2 (1, N = 55) = 4,55, p = 0,033, \Phi = 0,288$), à avoir eu un examen anogénital ($\chi^2 (1, N = 55) = 7,61, p = 0,006, \Phi = 0,372$), des infections ($\chi^2 (1, N = 54) = 18,33, p = 0,000, \Phi = 0,583$) ainsi que des prélèvements ($\chi^2 (1, N = 55) = 8,97, p = 0,003, \Phi = 0,404$) que les enfants présumés victimes. Concernant les

caractéristiques de l'examen médical, les enfants présumés victimes sont plus nombreux à rapporter que quelqu'un leur a expliqué le déroulement de l'examen ($\chi^2 (1, N = 55) = 7,91, p = 0,005, \Phi = -0,379$). Afin de vérifier si les enfants présumés victimes d'AS sont différents de ceux qui ne le sont pas en ce qui a trait à l'anxiété, la détresse (verbale et agitée) et la douleur, des analyses chi-carré et test-t ont été effectuées (Tableau I).

« Les enfants présumés victimes et non victimes sont différents principalement en ce qui concerne les antécédents médicaux. »

Anxiété. Les analyses exploratoires permettent d'identifier une relation statistiquement significative entre la présence d'anxiété chez l'enfant avant l'examen et la

présence de contradiction dans le discours du parent ($\chi^2 (1, N = 35) = 4,80, p = 0,03, \Phi = 0,370$). Ce qui signifie que le nombre d'enfants qui ressentent de l'anxiété avant l'examen est plus élevé lorsque le parent se contredit en répondant aux questionnaires que lorsqu'il ne se contredit pas.

Détresse. En ce qui concerne la détresse de type verbale, les résultats laissent apparaître des différences significatives entre les deux groupes ($\chi^2 (1, N = 49) = 4,895, p = 0,027, \Phi = -0,316$), ce qui signifie que davantage d'enfants présumés victimes manifestent de la détresse verbale lors de l'examen anogénital. De plus, il en ressort que chez les enfants présumés victimes, la détresse de type verbale est moins

présente lorsque l'enfant a déjà été hospitalisé ou opéré au cours de sa vie ($\chi^2 (1, N = 32) = 10,49, p = 0,001, \Phi = -0,573$) et qu'il n'est pas gêné ou stressé d'enlever ses vêtements lors de l'examen ($\chi^2 (1, N = 21) = 4,89, p = 0,003, \Phi = 0,482$). Pour ce qui est de la détresse de type agitée, les résultats révèlent que l'intensité est plus élevée pour le groupe d'enfants présumés victimes que celui des non-victimes ($t (4) = 2,746, p = 0,05, n^2 = 0,557$).

Douleur. La douleur ressentie

DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif de documenter l'état émotionnel de l'enfant présumé victime d'AS et de son parent lors de l'examen médical ainsi que les facteurs liés aux niveaux d'anxiété, de détresse et de douleur ressentis par l'enfant. À ce jour, les données empiriques concernant les effets de l'examen anogénital chez les enfants présumés victimes d'AS sont peu nombreuses et contradictoires, d'où l'intérêt de la présente étude. Les résultats montrent que ce ne sont pas tous les enfants qui ressentent de l'anxiété, de la détresse ou de la douleur lors de l'examen anogénital et lorsque c'est le cas, l'intensité n'est pas élevée. Cela va dans la même direction que les résultats obtenus par d'autres études (Allard-Dansereau et al., 2001; Rheingold et al., 2013; Waibel-Duncan et Sanger, 1999) dont le déroulement de l'examen et la préparation de l'enfant étaient ajustés aux besoins de celui-ci.

par l'enfant avant l'examen est associée au fait que quelqu'un lui a expliqué ce qui va se passer ($\chi^2 (1, N = 33) = 3,915, p = 0,048, \Phi = 0,344$), ce qui signifie que les enfants qui disent avoir reçu des explications concernant l'examen sont plus nombreux à rapporter de la douleur avant celui-ci. De plus, les enfants qui rapportent de la douleur pendant l'examen sont plus nombreux à n'avoir jamais complété d'examen anogénital ($\chi^2 (1, N = 27) = 3,825, p = 0,05, \Phi = -0,376$) que les enfants qui ne rapportent pas de douleur.

Anxiété. Contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas plus d'enfants qui vivent de l'anxiété dans le groupe des enfants présumés victimes que celui des non-victimes. Il est possible que cette différence s'explique par les faibles taux d'anxiété ressentie par les enfants, et ce, dans les deux groupes. De plus, la présente étude n'a finalement pas trouvé de lien entre l'anxiété de l'enfant et de son parent. Ce résultat signifie qu'il n'y a pas plus de parents que d'enfants qui rapportent de l'anxiété avant l'examen, ce qui est cohérent avec une étude (Rheingold et al., 2013) effectuée dans un centre d'appui aux enfants ayant obtenu les mêmes résultats. Il est donc possible que les caractéristiques du milieu où se déroule l'examen influencent l'anxiété ressentie par l'enfant présumé victime et son parent, ce qui expliquerait pourquoi d'autres études (Marks et al., 2009; Lynch et Faust, 1998; Steward et al., 1995) ont obtenu des résultats

contraires. Contrairement à ce qui était attendu, aucun lien n'a été établi entre le niveau de connaissance de l'enfant à propos de l'examen et l'anxiété ressentie avant l'examen ou la détresse vécue au cours de celui-ci. Le même phénomène peut être observé chez les parents puisque leur niveau de connaissance par rapport à l'examen n'est pas lié à l'anxiété qu'ils ressentent. Une explication possible réside dans l'exactitude des informations que le parent détient

à propos de l'examen médical et dans la façon dont celles-ci ont été présentées à l'enfant. En effet, les études montrent que certains parents et leurs enfants sont mal informés et confus quant à la nature et au but de l'examen (Britton, 1998; De San Lazaro, 1995; Lynch et Faust, 1998; Rasnake et Linscheid, 1989). Bien que les mères aimeraient jouer un

rôle plus actif dans l'explication à leur enfant de la procédure d'examen, elles seraient limitées par le manque d'informations, la détresse émotionnelle ressentie et l'incapacité à verbaliser les informations de manière appropriée selon l'âge de leur enfant (Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Il est important de noter que dans le cadre de cette étude, il est possible de savoir quelles informations l'enfant et son parent dé-

tiennent concernant l'examen, mais il est impossible de vérifier si elles sont exactes. Ainsi, des informations inexactes pourraient possiblement influencer le niveau d'anxiété ressenti, et ce, tant chez l'enfant que chez le parent.

Bien que cela ne fût pas attendu, les résultats ont établi la présence d'un lien entre l'anxiété ressentie par l'enfant avant l'examen et la présence de contradictions dans le discours du parent. Cela s'expli-

“ Le parent qui se contredit dans son discours sera plus susceptible d'avoir une mauvaise lecture du vécu émotionnel de son enfant et de répondre inadéquatement à ses besoins, ce qui pourrait expliquer la présence d'anxiété chez ce dernier puisque son parent ne parvient pas à l'apaiser. ”

querait par le fait que ce dernier est surchargé émotionnellement étant donné le dévoilement d'AS de son enfant et les conséquences qui en découlent (p.ex. divorce), ce qui nuit à son écoute ainsi qu'à sa capacité de répondre avec justesse et constance aux questions de l'assistant de recherche. En effet, à la suite du dévoilement de l'AS, de la détresse psychologique et des symptômes de stress post-traumatique sont observés chez près de la moitié des parents. Dans ce contexte, les mères ont de moins bonnes capacités à réfléchir aux sentiments et aux motivations internes de leur enfant (Ensink et Normandin, 2011). Il est donc possible de croire que le parent qui se contredit dans son discours sera plus susceptible d'avoir une mauvaise lecture du vécu émotionnel de

son enfant et de répondre inadéquatement à ses besoins, ce qui pourrait expliquer la présence d'anxiété chez ce dernier puisque son parent ne parvient pas à l'apaiser. Une autre piste d'explication réside dans le fait qu'en plus de vivre de nombreux stress à la suite du dévoilement de son enfant, le parent est généralement peu et mal informé en ce qui a trait à l'examen anogénital (Berson et al., 1993; Rheingold et al., 2013; Steward et al., 1995; Waibel-Duncan et Sanger, 1999). Ainsi, il est plus susceptible d'avoir une vision erronée de l'examen et de donner de fausses informations à son enfant qui peuvent augmenter l'anxiété ressentie avant l'examen (p.ex. qu'il y aura utilisation d'un spéculum bien que cela soit impossible vu le jeune âge des enfants). Tel que mentionné précédemment, cette recherche ne permet toutefois pas de vérifier si les informations détenues sont exactes.

Détresse. En ce qui concerne la détresse de type verbale, les enfants présumés victimes sont plus nombreux à en manifester au cours de l'examen que les enfants non-victimes. Il est possible de croire que le fait que les enfants présumés victimes soient rencontrés dans un Centre d'appui aux enfants puisse expliquer cette différence. En effet, celui-ci est reconnu pour être un milieu chaleureux et sécurisant qui offre des services spécialement adaptés aux besoins des jeunes présumés victimes d'AS et leurs proches afin de diminuer les risques d'effets négatifs (Britton, 1998; Smith et al., 2006). Cela implique généralement que la durée de l'examen est prolongée et qu'ils sont, entre autres, encouragés à exprimer tout ce qu'ils ressentent, dont la détresse ressentie. De plus, les pédiatres qui travaillent en maltraitance au Québec ont reçu une formation spécialisée pour intervenir auprès des enfants victimes d'AS (Allard-Dansereau et Frappier, 2011). Ils sont donc très sensibles pour détecter les signes de détresse chez l'enfant.

En outre, les résultats indiquent que les enfants présumés victimes d'AS manifestent moins de signes de détresse verbale (p.ex. comportements nerveux, verbalisation de la peur ou de la douleur) au cours de l'examen médical lorsqu'ils ont déjà été hospitalisés ou opérés. Ce résultat est cohérent avec l'étude de Lazebnik et al. (1994) qui indique que les enfants ayant déjà subi un examen génital dans le passé rapportaient moins de peur lors de l'examen puisqu'ils auraient été sensibilisés à la procédure et que le processus serait ainsi démystifié. Bien que dans cette étude il est question d'une hospitalisation ou d'une opération plutôt que d'un examen génital, il est

“ En ce qui concerne la détresse de type verbale, les enfants présumés victimes sont plus nombreux à en manifester au cours de l'examen que les enfants non-victimes. ”

que les enfants ayant déjà subi un examen génital dans le passé rapportaient moins de peur lors de l'examen puisqu'ils auraient été sensibilisés à la procédure et que le processus serait ainsi démystifié. Bien que dans cette étude il est question d'une hospitalisation ou d'une opération plutôt que d'un examen génital, il est

hospitalisation ou d'une opération plutôt que d'un examen génital, il est

possible que le caractère traumatique soit potentiellement inférieur étant donné que l'examen anogénital ne comprend aucun processus intrusif pour l'enfant. Finalement, les études ont aussi démontré que le fait d'avoir vécu une expérience médicale négative dans le passé influence la façon dont l'enfant se sentira lors d'un futur examen médical (Dahlquist et al., 1986; Bijttebier et Vertommen, 1998; Lazebnik et al., 1994). Toutefois, bien que nous ayons le nombre d'examen médicaux subis par l'enfant, une des limites de cette étude est qu'il est impossible de savoir quelle en fut la perception de l'enfant (c.-à-d. expérience subjective négative, neutre ou positive). Les résultats permettent tout de même de croire que la plupart des enfants ont eu une expérience antérieure positive ou neutre étant donné que la majorité (58,8%) des parents rapporte que leur enfant n'est habituellement pas du tout craintif face aux examens médicaux.

Un lien a aussi été établi entre la détresse verbale exprimée durant l'examen par l'enfant présumé victime d'AS et le fait que celui-ci est gêné ou stressé d'enlever ses vêtements. Bien qu'il soit impossible de savoir précisément quelles informations ont amené le médecin à rapporter la présence de détresse verbale (p.ex. si l'enfant a seulement dit non ou s'il a hurlé), il est possible que le fait d'enlever ses vêtements rende l'enfant très mal à l'aise et que cela l'amène à verbaliser son désaccord. En effet, l'une des choses que les enfants ont le moins aimé de l'examen est le fait qu'ils aient dû

enlever leurs vêtements.

Pour ce qui est de la détresse agitée, les résultats montrent que parmi les enfants qui en manifestent durant l'examen (p.ex. pleurs, contrainte, rigidité musculaire, battre l'air), l'intensité est plus élevée chez ceux qui sont présumés victimes d'AS. Cela va dans le même sens que les résultats obtenus dans les études de Allard-Dansereau et al. (2001) et de Gully et al. (1999) qui indiquent que les enfants victimes d'AS ressentent plus de détresse lorsque ses parties anogénitales sont observées plutôt que le reste de son corps. Ceci laisse supposer que les enfants présumés victimes d'AS sont susceptibles d'avoir déjà eu des touchers moins agréables sur ces parties de leur corps et que cela peut influencer la détresse exprimée. De plus, une explication plausible au fait que l'enfant présumé victime exprime la détresse qu'il ressent en étant dans l'agitation plutôt que par la parole est qu'il ne possède pas les stratégies cognitives nécessaires. En effet, les recherches sur les enfants ayant subi de la négligence ou des mauvais traitements montrent que ceux-ci ont plus de difficultés à parler de leurs sentiments et qu'ils ont une moins bonne capacité à mentaliser (Ensink et Normandin, 2011) en plus d'avoir souvent un retard sur le plan du développement cognitif et du langage (Cyr et al., 2011).

Douleur. Contrairement à ce qui était attendu, il n'y a pas de lien entre le fait que l'enfant présumé victime d'AS vive de l'anxiété avant

l'examen et la douleur ressentie pendant l'examen médical. Tel que mentionné, ceci pourrait être attribuable au milieu particulier. De plus, il est important de noter que par souci de ne pas induire une impression de douleur, celle-ci était évaluée de façon rétrospective ce qui peut avoir un effet non négligeable sur les résultats obtenus.

Bien que cela ne fût pas attendu, deux résultats ont été obtenus en lien avec la douleur ressentie par l'enfant avant et pendant l'examen médical. Premièrement, les résultats ont permis de voir que les enfants qui disent avoir reçu des explications concernant l'examen sont plus nombreux à rapporter de la douleur avant celui-ci. Une explication plausible viendrait du fait que, tel que mentionné précédemment, le parent ait donné de fausses informations à son enfant et que cela affecte négativement la façon dont il se sent. De plus, certaines réponses

FORCES ET LIMITES DE LA PRÉSENTE ÉTUDE

Cette étude permet de pallier certaines limites des études précédentes. Une des principales forces est la présence d'un groupe contrôle qui effectue un examen similaire aux enfants présumés victimes d'AS. Cela a permis de vérifier si dans les mêmes conditions, soit l'examen anogénital, le fait d'avoir été victime ou non influence les niveaux d'anxiété, de détresse et de douleur

données par les enfants suggèrent la présence de symptômes somatiques (p.ex. maux de cœur, de ventre et de tête), ce qui n'était évalué par aucun instrument de mesure dans le cadre de cette recherche.

« Il n'y a pas de lien entre le fait que l'enfant présumé victime d'AS vive de l'anxiété avant l'examen et la douleur ressentie pendant l'examen médical. »

Deuxièmement, un lien a été établi entre le fait de n'avoir jamais subi d'examen anogénital ainsi que la douleur ressentie pendant l'examen, ce qui signifie que les enfants présumés victimes d'AS qui rapportent de la douleur pendant l'examen sont plus nombreux à n'avoir jamais subi d'examen anogénital. Ce résultat va dans le même sens que celui obtenu par Lazebnik et al. (1994), soit que le fait d'avoir été sensibilisé à la procédure de l'examen influencerait la façon dont l'enfant se sent lors de la visite médicale et souligne l'importance de bien y préparer l'enfant et d'en ajuster le déroulement en fonction de ses besoins.

ressentis. De plus, l'utilisation d'entrevue semi-structurée en plus des questionnaires a permis d'avoir un portrait plus global des perceptions et des réactions des enfants et de leur parent quant à l'examen anogénital. Toutefois, plusieurs limites méthodologiques peuvent être émises, dont la petite taille des deux groupes. Les résultats obtenus doivent donc être interprétés

avec précautions puisque la puissance statistique pour détecter des tailles d'effet petites ou moyennes n'est pas atteinte (Cohen, 1992). Il est aussi important de noter que la cohérence interne de l'échelle de détresse verbale du GEDS est de seulement de 0,46, ce qui peut influencer de façon non négligeable les résultats obtenus. De plus, plusieurs médecins ont dû utiliser l'instrument sans qu'un accord interjuge ne puisse être effectué, ce qui a pu influencer les scores de détresse des enfants et expliquer certains résultats inattendus. Aux fins de l'étude, le critère utilisé pour discriminer les groupes est le milieu, mais il est possible que des enfants du CHU Sainte-Justine aient été vic-

times d'AS et que le signalement de certains enfants du CEMV soit jugé non fondé. De plus, seuls les enfants accompagnés d'un parent qui a accepté que son enfant participe à la recherche ont pu être inclus dans cette étude. Il est possible que les enfants et les parents qui ressentent plus d'anxiété par rapport à l'examen aient refusé de participer ou ne se soient pas présentés à l'examen médical. Finalement, puisque le nombre de participants qui ressentent de l'anxiété, de la détresse ou de la douleur est peu élevé, les scores ont dû être transformés en variables dichotomiques (présent – absent) afin d'obtenir un portrait plus précis de la situation.

PISTES DE RECHERCHES FUTURES ET IMPLICATIONS CLINIQUES

La présente étude permet de générer des pistes de futures recherches pour mieux cerner l'impact émotionnel de l'examen sur les enfants et leurs parents. Ainsi, il serait souhaitable que les résultats soient répliqués auprès d'un

plus grand échantillon en incluant un groupe d'enfants présumés victimes d'AS qui complète l'examen médical dans un autre milieu (p.ex. hôpital) afin de vérifier si les résultats

de cette étude sont généralisables à tous les enfants présumés victimes d'AS qui font un examen anogénital ou s'ils ne se limitent qu'aux enfants qui complètent l'examen dans

un centre d'appui aux enfants. Un plus grand échantillon permettrait aussi d'évaluer l'impact de l'âge et du sexe de l'enfant sur son rapport à l'intimité physique et sexuelle et de quelle façon cela influence

son état émotionnel lors de l'examen. De plus, la détresse devrait être mesurée à l'aide d'un instrument de mesure ayant de meilleures propriétés psychométriques que le GEDS. Finalement, il serait pertinent de

documenter les cas ayant été jugés fondés et ceux dont le parent a refusé de participer afin de vérifier si cela influence l'anxiété, la détresse et la douleur ressentie.

Parmi les implications cliniques, il est important de considérer que la plupart des participants à cette étude ne ressentent pas ou peu d'anxiété, de détresse ou de douleur en lien avec l'examen anogénital. Il est ainsi important de bien informer les intervenants qui travaillent auprès des enfants présumés victimes d'AS puisqu'il a été démontré que la décision de référer l'enfant pour un examen médical est influencée par

les préjugés entretenus par ceux-ci (Berson et al., 1993; Hibbard et Zollinger, 1992; Kerns et al., 1994). En outre, les professionnels de la santé peuvent avoir tendance à hésiter ou même éviter d'effectuer un tel examen, en supposant qu'il s'agit d'une expérience traumatisante pour l'enfant, et ce, même lorsqu'il est question d'évaluer un enfant en santé (Botash, 1997; Britton, 1998; Lentsch et Johnson, 2000).

RÉFÉRENCES

- Adams, J.A.; Kaplan, R.A.; Starling, S.P.; Mehta, N.H.; Finkel, M.A.; Botash, A.S.; Kellogg, N.; Shapiro, R.A. (2007). Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(3): 163-172.
- Afifi, T.O.; Macmillan, H.L.; Boyle, M.; Taillieu, T.; Cheung, K.; Sareen J. (2014), "Child abuse and mental disorders in Canada", *Canadian Medical Association Journal*, 186(9): 324-332.
- Allard-Dansereau, C.; Hébert, M.; Tremblay, C.; Bernard-Bonnin, A.-C. (2001). Children's response to the medical visit for allegations of sexual abuse: Maternal perceptions and predicting variables. *Child Abuse Review*, 10: 210-222.
- Allard-Dansereau, C.; Frappier, J.-Y. (2011). L'intervention médicale et médico-légale auprès des enfants et des adolescents victimes d'agressions sexuelles. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Éds), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (pp. 97-147). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. (1991). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. *Pediatrics*, 87: 254-260.
- Berenson, A.B.; Chacko, M.R.; Wiemann, C.M.; Mishaw, C.O.; Friedrich, W.N.; Grady, J.J. (2000). A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(4): 820-834.
- Berliner, L. (2011). Child sexual abuse-Definitions, prevalence, and consequences. Dans J.E.B. Myers (dir.), *The APSAC Handbook on child maltreatment* (p. 215-232). Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Bernard, D.; Peters, M.; Makoroff, K. (2006). The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 7: 161-169.
- Berson, N.L.; Herman-Giddens, M.E.; Frothingham, T.E. (1993). Children's perceptions of genital examinations during sexual abuse evaluations. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 72(1): 41-49.
- Bieri, D.; Reeve, R.; Champion, G.D.; Addicoat, L.; Ziegler, J. (1990) The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*, 41: 139-150.
- Bijttebier, P.; Vertommen, H. (1998). The impact of previous experience on children's reactions to venipunctures. *Journal of Health Psychology*, 3(1): 39-46.
- Botash, A.S. (1997). Examination for sexual abuse in prepubertal children: An update. *Pediatric Annals*, 26: 312-320.
- Britton H. (1998). Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22: 573-579.

- Cyr, M.; Trotier Sylvain, K.; Lewy, J. (2011). L'entrevue d'enquête avec des enfants: Défis et solutions. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (p. 399-440). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Dahlquist, L.M.; Gil, K.M.; Armstrong, F.D.; DeLawyer, D.D.; Greene, P.; Wuori, D. (1986). Preparing children for medical examinations: The importance of previous medical experience. *Health Psychology*, 5: 249-259.
- De Jong, A.R.; Rose, M. (1991). Legal proof of child sexual abuse in the absence of physical evidence. *Pediatrics*, 88(3): 506-511.
- De San Lazaro, C. (1995). Making paediatric assessment in suspected sexual abuse a therapeutic experience. *Archives of Disease in Childhood*, 73: 174-176.
- Dubowitz, H. (1998). Children's responses to the medical evaluation for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 22: 581-584.
- Ensink, K.; Normandin, L. (2011). Le traitement basé sur la mentalisation chez les enfants agressés sexuellement et leurs parents. Dans M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (p. 399-440). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Faller, K.C.; Henry, J. (2000). Child sexual abuse: A case study in community collaboration. *Child Abuse & Neglect*, 24(9): 1215-1225.
- Finkel, M.A.; De Jong, A.R. (2001). Medical findings in child sexual abuse. Dans R. Reece & S. Ludwig (dir.), *Child abuse: Medical Diagnosis and Management*, (2e éd., p. 207-286). Philadelphia, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Gauthier, J.; Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4): 559-578.
- Goodman, G.S.; Taub, E.P.; Jones, D.P.H.; England, P.; Port, L.K.; Rudy, L.; Prado, L. (1992). Testifying in criminal court. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57: 1-141.
- Gulla, K.; Fenheim, G.E.; Myhre, A.K.; Lydersen, S. (2007). Non-abused preschool children's perception of an anogenital examination. *Child Abuse & Neglect*, 31(8): 885-894.
- Gully, K. J.; Britton, H.; Hansen, K.; Goodwill, K.; Nope, J. L. (1999). A new measure for distress during child sexual abuse examinations: The Genital Examination Distress Scale. *Child Abuse & Neglect*, 23(1): 61-70.
- Gully, K. J.; Hansen, K.; Britton, H.; Langley, M.; McBride, K.K. (2000). The child sexual abuse experience and the child sexual abuse medical examination: Knowing what correlations exist. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 9(1): 15-27.
- Hibbard, R.A. (1998). Triage and referrals for child sexual abuse medical examinations from the sociolegal system. *Child Abuse & Neglect*, 22(6): 503-513.
- Hibbard, R.A.; Zollinger, T.W. (1992). Medical evaluation referral patterns for sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 16(4): 533-540.
- Hornor, G.; Scribano, P.; Curran, S.; Stevens, J.; Roda, D. (2009). Emotional response to the ano-genital examination of suspected sexual abuse. *Journal of Forensic Nursing*, 5: 124-130.
- Kerns, D.L.; Terman, D.L.; Larson, C.S. (1994) The role of physicians in reporting and evaluating child sexual abuse cases. *The Future of Children*, 4: 119-133.
- Lazebnik, R.; Zimet, G.D.; Ebert, J.; Anglin, T.M.; Williams, P.; Bunch, D.L.; et al. (1994) How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse *Child Abuse & Neglect*, 18(9): 739-745.
- Lentsch, K.A.; Johnson, C.F. (2000). Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreatment*, 5: 72-78.
- Lumley, M.A.; Melamed, B.G.; Abeles, L.A. (1993). Predicting children's presurgical anxiety and subsequent behavior changes. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(4): 481-497.
- Lynch, L.; Faust, J. (1998). Reduction of distress in children undergoing sexual abuse examination. *Journal of Pediatrics*, 133: 296-299.
- Marks, S.; Lamb, R.; Tzioumi, D. (2009). Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45: 125-132.
- Marteau, T.M.; Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3): 301-306.
- Palusci, V.J.; Cyrus, T.A. (2001). Reaction to videocolposcopy in the assessment of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25: 1535-1546.
- Rasnake, L.K.; Linscheid, T.R. (1989). Anxiety reduction in children receiving medical care: Developmental considerations. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 10: 169-175.
- Rheingold, A.A.; Davidson, T.M.; Resnick, H.; Self-Brown, S.; Danielson, C.K. (2013). The relationship between knowledge and child and caregiver distress during the medical examination for child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 22(5): 552-571.
- Smith, D.W.; Witte, T.H.; Fricker-Elhai, A.E. (2006). Service outcomes in physical and sexual abuse cases: A Comparison of Child Advocacy Center-Based and Standard Services. *Child Maltreatment*, 11(4): 354-360.
- Spielberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Dans M. Hersen & A.S. Bellack (dir.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (p.448-450). New-York : Pergamon Press.
- Spielberger, C.D.; Edwards, C.D.; Lushence, R.E.; Montuori, J.; Platzek, D. (1973). *STAIC Preliminary manual for the State-Trait Inventory for children*. (« How I feel Questionnaire »). Palo Alto, CA.: Consulting Psychologist Press.
- Steward, M. S.; Schmitz, M.; Steward, D.S.; Joye, N.R.; Reinhart, M. (1995). Children's Anticipation Of And Response To Colposcopic Examination. *Child Abuse & Neglect*, 19: 997-1005.
- Stoltenborgh, M.; Van IJzendoorn, M.H.; Euser, E.M.; Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16: 79-101.
- Stoltenborgh, M.; Bakermans-Kranenburg, M.J.; Alink, L.R.A.; Van IJzendoorn, M.H. (2015), "The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a Series of Meta-Analyses", *Child Abuse Review*, 24: 37- 50.
- Thevenin, D.M. (1990). Effects of information and coping instructions on prepubertal children's reactions to gynecological exams. *Dissertation Abstracts International*, 50(7-B): 3178-3179.
- Turgeon, L.; Chartrand, E. (2003). Psychometric Properties of the French-Canadian version of the State-Trait Anxiety Inventory for Children. *Educational and Psychological Measurement*, 63(1): 174-185.
- Waibel-Duncan, M.K. (2001). Medical fears following alleged child abuse. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14: 179-185.
- Waibel-Duncan, M.K.; Sanger, M. (1999). Understanding and reacting to the anogenital exam: implications for patient preparation. *Child Abuse & Neglect*, 23(3): 281-286.



Tableau I.

Description du pourcentage (nombre) d'enfants de même que de la moyenne (et de l'écart-type) pour l'anxiété, la détresse et la douleur en fonction des groupes.

	Victimes	Non victimes	Total	Tests
STAIc – avant				
Absent	0 (0/35)	0 (0/17)	0 (0/52)	
Présent	100 (35/35)	100 (17/17)	100 (52/52)	
Intensité (0-40)	18,83 (5,07)	17,94 (4,02)	18,54 (4,73)	$t(50) = 0,63$
STAIc – après				
Absent (%)	0 (0/36)	0 (0/18)	0 (0/54)	
Présent (%)	100 (36/36)	100 (18/18)	100 (54/54)	
Intensité (0-40)	15,78 (5,16)	16,72 (3,18)	16,09 (4,59)	$t(49,552) = -0,83$
STAI – avant				
Absent (%)	29,7 (11/37)	44,4 (8/18)	34,5 (19/55)	$\text{Chi-2}(1) = 1,16$
Présent (%)	70,3 (26/37)	55,6 (10/18)	65,5 (36/55)	
Intensité (0-18)	6,42 (2,96)	4,40 (2,17)	5,86 (2,88)	$t(34) = 1,96$
STAI – après				
Absent (%)	61,1 (22/36)	66,7 (12/18)	63 (34/54)	$\text{Chi-2}(1) = 0,16$
Présent (%)	38,9 (14/36)	33,3 (6/18)	37 (20/54)	
Intensité (0-18)	4,36 (2,74)	3,83 (2,99)	4,20 (2,75)	$t(18) = 0,38$
GEDS (agitée)				
Absent (%)	84,4 (27/32)	82,4 (14/17)	83,7 (41/49)	$\text{Chi-2}(1) = 0,03$
Présent (%)	15,6 (5/32)	17,6 (3/17)	16,3 (8/49)	
Intensité (0-8)	2,4 (1,14)	1 (0,00)	1,88 (1,13)	$t(4) = 2,75^*$
GEDS (verbale)				
Absent (%)	50 (16/32)	82,4 (14/17)	61,2 (30/49)	$\text{Chi-2}(1) = 4,90^*$
Présent (%)	50 (16/32)	17,6 (3/17)	38,8 (19/49)	
Intensité (0-6)	1,31 (0,79)	1 (0,00)	1,26 (0,73)	$t(17) = 0,67$
Douleur (avant)				
Absent (%)	54,5 (18/33)	50 (7/14)	53,2 (25/47)	$\text{Chi-2}(1) = 0,08$
Présent (%)	45,5 (15/33)	50 (7/14)	46,8 (22/47)	
Intensité (0-10)	3,87 (2,20)	3,43 (1,51)	3,73 (1,98)	$t(20) = 0,47$
Douleur (pendant)				
Absent (%)	48,1 (13/27)	46,2 (6/13)	47,5 (19/40)	$\text{Chi-2}(1) = 0,01$
Présent (%)	51,9 (14/27)	53,8 (7/13)	52,5 (21/40)	
Intensité (0-10)	4,43 (3,06)	2,86 (1,07)	3,9 (2,64)	$t(17,828) = 1,72$
Douleur (après)				
Absent (%)	71,9 (23/32)	87,5 (14/16)	77,1 (37/48)	$\text{Chi-2}(1) = 1,47$
Présent (%)	28,1 (9/32)	12,5 (2/16)	22,9 (11/48)	
Intensité (0-10)	4,44 (3,28)	5 (1,41)	4,55 (2,98)	$t(9) = -0,23$

Note. * $p < 0,05$. Pour toutes les mesures, un score total plus grand de 0 = présent et un score total de 0 = absent. L'intensité représente l'étendue du score possible de l'échelle.

« S'IL FRAPPE, ON FRAPPE... »

Nicolas Allègre, psychologue, **Claire Vander Vorst**, psychologue
 Service de Santé Mentale « Safrans »
 Initiative spécifique « Le Gerseau »
 43 rue Jules Hans, 1420 Braine l'Alleud
Tél. : 02 384 68 46
Courriel : secretariat@ssmsafrans1420.be
www.ssmsafrans.com

UNE ADRESSE ?

Marvin a 4 ans et demi lorsque nous le rencontrons pour la première fois. C'est une neuropédiatre d'un hôpital avec lequel nous collaborons qui adresse cette demande au Service de Santé Mentale dans l'Initiative spécifique du Gerseau¹ où nous travaillons avec les jeunes enfants. Ce médecin, qui a reçu la famille en consultation suite à des inquiétudes émanant du PMS², n'a pas réussi à examiner l'enfant. En effet, Marvin ne se laisse pas approcher et refuse d'être ausculté ou même déshabillé. Si le bilan ORL ne révèle rien de particulier sur son état, il s'avère que Marvin ne parle quasiment pas. Seuls quelques phonèmes isolés - correspondant à la dernière syllabe du mot lancé

par Marvin - se font entendre. Du côté du comportement, de fortes et nombreuses colères ainsi que des coups sur ses proches sont évoqués. Le médecin nous précise que les parents y répondent de cette manière : *S'il frappe, on frappe*. Après analyse de la demande en équipe, nous organisons une première rencontre, en présence de la famille et de la neuropédiatre. Dans la salle d'attente, Marvin est accompagné de sa mère et de sa sœur âgée de 6 ans. Cette enfant refusera d'attendre seule et son refus est soutenu par sa mère : *Ça va être très difficile*, lance-t-elle au psychologue. Celui-ci lui demande alors : *Mais, difficile pour qui ? Ce à quoi la mère répond : Pour elle... mais pour moi aussi*. Le fait que

¹ Le Gerseau est un dispositif composé d'une équipe mobile pluridisciplinaire. Il propose une offre d'accompagnement spécifique aux très jeunes enfants et à leur famille. Nos interventions partent avant tout sur l'enfant à partir de son lieu de vie. Elles tentent de traiter la souffrance et les pathologies psychiques en entendant d'une part la parole du/des parent(s) et d'autre part ce que l'enfant nous dit à travers les manifestations symptomatiques et les événements de corps qu'il nous laisse voir. Le travail se fait en concertation avec le réseau constitué autour de l'enfant.

² Le centre psycho-médico-social accompagne les enfants et adolescents sur les plans psychologique, médical et social durant toute leur scolarité.

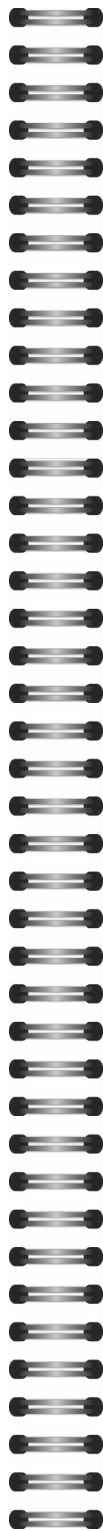


cette mère puisse reprendre à son compte cette difficile séparation et que le psychologue y ait prêté une oreille a-t-il noué le premier mouvement transférentiel dans cette situation? En tout cas, c'est avec une certaine confiance que cette mère viendra exposer ses difficultés avec son fils et les troubles qu'il présente, appuyée par la neuropédiatre, ce qui permet d'asseoir à la fois sous un angle médical et psychique les inquiétudes relatives à Marvin. De son côté, Marvin s'oppose et lance des *non* à la moindre invitation ou interpellation de la part du psychologue. Toute tentative d'approche directe semble provoquer un refus et le psychologue choisit alors de s'adresser à son *premier autre*³ en faisant l'hypothèse qu'une triangulation autorisera l'accès à l'enfant. En effet, celui-ci brandit bientôt son pouce blessé, auquel le psychologue vient d'accorder une attention toute particulière. Marvin glisse maintenant des genoux de sa mère et finalement s'approche du bureau où des marqueurs et du papier sont déposés. Ces mouvements au niveau du corps et du regard nous indiquent dès cette première séance que l'enfant possède une certaine appétence symbolique⁴ et qu'il est sensible au fait que les choses se parlent autour de lui. Nous aurons l'occasion

de vérifier ces constatations dès la séance suivante : Marvin est lové dans les bras de son père que nous avons aussi convié à l'entretien. Monsieur et Madame nous narrent à nouveau les difficultés qu'ils rencontrent avec Marvin au quotidien. Marvin ne nous regarde pas. Il a enfoui sa tête dans le giron de son père, qui nous dit sa souffrance à entendre son fils pleurer : *J'ai mal quand il pleure*. Marvin, quant à lui, ne répond à aucune de nos interpellations. L'un de nous souligne quand même qu'il est peut-être difficile de répondre lorsqu'on a une *tutte* en bouche... Monsieur regarde son fils et lui retire la tétine, en souriant, mais sans mot dire. Marvin fouille la main de son père et enfourne prestement l'objet qui lui a été retiré. Puis, à son tour et sans mot dire, Marvin enlève et remet la tétine dans sa bouche en nous regardant brièvement. Nous nous emparons de ce mouvement initié par l'enfant. Nous tournant l'un vers l'autre, nous nous exclamons ou nous rassurons mutuellement : *Elle n'est plus là? Tu sais où elle est toi la tutte ? Ahh ! La revoilà! Ah non, elle est encore partie... Elle est revenue!!*. Le sourire et les relances de Marvin dans ces nombreux va-et-vient laissent supposer que le jeu a pris et qu'un lieu d'adresse *a minima* s'est constitué

3 Référent affectif de l'enfant – père, mère ou professionnel – qui prendra soin du bébé. Il ne se réfère pas seulement à lui-même (mais au moins à un deuxième autre) et il est traversé par les exigences qui incombent à la fonction parentale (d'après Couvert, 2011).

4 L'appétence symbolique est le constat de l'existence chez le bébé bien portant, dès la naissance, d'un désir de relation à l'autre en dehors de toute satisfaction des besoins de la survie (Crespin, 2016).



dans ce moment inaugural. Ce qui l'anime, c'est le jeu du Fort-Da⁵. Nous en avons la confirmation dès la troisième séance : pendant que sa mère nous raconte la séparation du couple conjugal, survenue depuis la rencontre précédente, Marvin n'a eu de cesse de se tourner vers elle en lançant sur un ton affirmé : *Pa-pa! Ma-man!* ou alors *papamaman*. Sa mère ne peut interpréter autrement les paroles de son fils : un souhait que ses parents restent ensemble. Elle tente en vain une explication: *Mais non Marvin, tu sais bien, Maman n'aime plus papa*. Lorsque la psychologue relève que Marvin ne dit pas toujours de la même manière ce *papa maman*, et qu'elle souligne que ce n'est pas la même chose de dire *papa maman* ou *papamaman*, l'enfant quitte les genoux de sa mère pour se tourner vers le matériel de dessin. Il est maintenant attablé avec le psychologue qui soudain remarque une brèche dans le trait en

SUR LE TERRAIN

S'il ne paraît pas frustré face à notre mécompréhension, Marvin continue de s'exprimer avec les mots tronqués qui semblent lui suffire. Nous nous questionnons sur le statut à donner à ces phonèmes. En effet, si Marvin semble bien avoir grandi entouré par des proches parlants, il ressort néanmoins qu'un défaut d'adresse a été le mode d'instaura-

5 Les psychanalystes ont appelé «Fort-Da» un moment de jeu constitutif de l'histoire du sujet en substantivant des manifestations langagières centrales dans une observation de Freud (Au-delà du principe de plaisir, 1920). Le jeu et les mouvements de va-et-vient (présence/absence) offrent une compensation, un dédommagement aux besoins primaires que l'enfant doit abandonner quand sa mère est absente. Freud rejette clairement une pulsion d'imitation des adultes, pour en faire une identification, non une imitation (d'après Chemama et Vandermersch, 1998 & Delplanche, 2000).

forme d'ellipse que Marvin vient de tracer. *Une porte?* Marvin lève un œil étonné vers son interlocuteur. Une porte ouverte? S'engage alors une série d'hypothèses sur ce que nous pourrions faire de cette ouverture. Marvin se saisit d'un marqueur et vivement s'empresse de venir clore le cercle. *Une porte fermée? Est-ce qu'elle s'ouvre?* Sur la feuille, nous faisons ensemble des gestes d'ouverture et de fermeture, au grand plaisir de l'enfant... mais aussi de sa mère qui, bien qu'étonnée, se met à rire, amusée par l'équivoque. L'introduction du semblant sera-t-elle la porte ouverte à la demande que la maman de Marvin nous adresse en fin d'entretien? Elle souhaite que nous puissions continuer à assurer les séances à son domicile plutôt qu'au Service de Santé Mentale, au vu de ses difficultés de transport. Les séances au domicile maternel ont donc commencé à s'instaurer, à un rythme hebdomadaire.

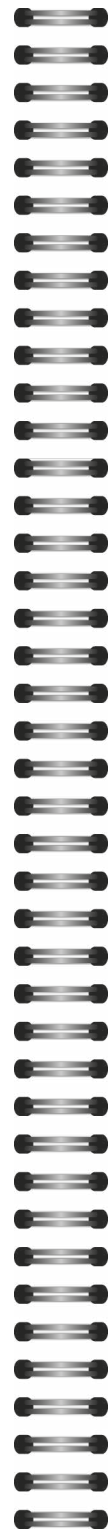
tion de ces bribes langagières. En revanche, ainsi que l'écrit Yasmine Grasser (2016), *Avant que le tout petit enfant ne s'intéresse à son image, tout son champ visuel est clairement source de jouissance*. Lacan signale dans son séminaire XX : *Encore qu'un bébé qui ne fait que regarder le monde, ça l'excite dans la proportion exacte où il ne parle pas encore*. Malgré ses





5 ans, face au mode de relation à l'autre que Marvin instaure, c'est bien à un tout-petit que nous avons à faire. Aux moindres sollicitations ou *stimuli* sensoriels, Marvin se redresse, écarquille les yeux, lance des fins de mots à la cantonade, comme des irrptions, sans qu'il n'y ait d'adresse apparente. Nous tentons systématiquement des temps d'arrêt, soit en nous adressant à lui, soit à sa mère : *uuurr? Tu as dit voiture? ou encore :ole? Madame, est-ce que Marvin parle d'école?* Parfois, ces temps d'arrêt permettent que Marvin s'attarde un peu, face à notre intérêt devant ce qui sort de sa bouche. Il approuve ou désapprouve nos hypothèses avec quelques *oui* et beaucoup de *non*. Il semble très attentif à ce que nous faisons autour de ces *non*. Par exemple, à chacune de nos arrivées, son corps barre la porte qui sépare le hall de la salle à manger où ont lieu les séances. *Pouvons-nous rentrer? Ses non* virulents accompagnent ses regards pleins de sous-entendus. Nous choisissons de lui faire entendre que nous comprenons très bien son invitation mais que nous nous en tiendrons à ce qu'il dit. Nous nous tournons l'un vers l'autre, le visage marqué par la déception... *On ne peut pas entrer alors? Allons-nous rester sur le pas de la porte?* Nous jouons de cette déception, jusqu'au moment où Marvin, s'éloignant de l'embrasement de la porte, avec un large sourire et d'un geste de la main nous invite immanquablement à rentrer. La porte nous est ouverte. Dans cette alternance ouverture/fermeture (oui/non), il y a une brèche du côté de la symbolisa-

tion : le non de Marvin est un oui plus qu'un non, c'est une réponse, une invitation. Les dessins reprennent leur cours, s'enchaînent et se multiplient à souhait. Inévitablement, c'est une voiture que Marvin dit dessiner ou parfois, nous demande de dessiner. Il y introduit aussi des portes qui s'ouvrent et qui se ferment. Nous tentons avec peine de scénariser autour de ses voitures : *Qui conduit? Où va-t-on?* Mais très vite, les pages du bloc de feuilles se tournent : Marvin veut sans cesse une nouvelle voiture, une nouvelle route et nous ne parvenons pas toujours à retenir son attention sur un dessin en particulier. Pendant ce temps, sa mère nous raconte ses déboires violents avec le père des enfants. À certains moments, Marvin que l'on aurait pu croire sourd à cette conversation, se redresse pour fixer sa mère dans un effort intense de compréhension, le regard saisi. Pour autant, nous ne percevons pas d'angoisse chez lui, ce qui nous interpelle et nous questionne. Il semble sidéré par le dire maternel et dans ces moments-là, l'expression de ses affects propres nous paraît empêchée. Dans ce contexte de grande précarité sociale et symbolique, nos interventions ne font pas effet de ponctuation et ne suffisent pas toujours à border la détresse de la mère et ses conséquences sur Marvin. Sur les feuilles de papier comme dans le discours de la mère, cela ne cesse de se répéter et rien ne s'arrête. La psychologue refuse pourtant un jour de tourner la page : *Ce dessin n'est pas fini, je ne vais pas dessiner une autre voiture.* Le coup est dur... et Marvin tente de contour-



ner la frustration en s'adressant à l'autre psychologue. Ce dernier s'alignant sur ce qui vient d'être énoncé, Marvin consent alors à se poser sur un dessin. Nous entendons en effet l'excitation produite chez Marvin dans cette série métonymique⁶. Face à cet éparpillement de papiers, nous suggérons les ciseaux (*-eau!*), la colle (*-oll!*)... et bientôt un montage très investi par Marvin prend forme. Nous accrochons remorques (*oq!*) et voitures (*uur!*) et remarquons que ce sont ces assemblages-là que Marvin, d'une séance à l'autre, demande de retravailler tantôt avec l'un tantôt avec l'autre d'entre nous. À notre grand étonnement, la mère de Marvin ne demeure pas en reste dans cette construction. C'est elle qui nous sert d'interprète ou d'intermédiaire lorsque nous ne saisissons pas le sens des mots lancés et répétés avec insistance par Marvin. Peu à peu, nous comprenons que sur ce dessin qui s'élabore d'une séance à l'autre, les signifiants propres à la famille apparaissent de manière de plus en plus prégnante. Des signifiants qui relèvent d'un monde qui nous est totalement étranger. La ferraille, les grues et les moteurs de voiture, nous n'y entendons rien, mais ne demandons qu'à nous laisser enseigner. Marvin jubile à chacun de nos progrès : nous apprenons vite! Qui plus est, sa mère s'anime lorsque

leur mode de vie et leur quotidien prennent forme sur le dessin de son fils. Pourtant, dans nos échanges cliniques sur cette situation, les inquiétudes demeurent : nous constatons en effet que malgré la régularité des séances, la porte ouverte à notre travail et notre implication où l'hypothèse du sujet chez Marvin est soutenue, l'enfant n'évolue que très peu. Plus encore : le forçage symbolique⁷ que nous tentons n'a pas pour effet que Marvin le reprenne lui-même à son compte. Si nous constatons que quelque chose se mobilise au cours de chaque rencontre et que l'enfant bénéficie de cette becquée symbolique, tout est néanmoins à reprendre : d'une séance à l'autre, rien ne semble s'inscrire. Le semblant ne prend pas. C'est ainsi que lorsqu'il s'agira de donner du cacao au chien dessiné sur la remorque, et que Marvin a nommé *Haplpla*, il s'emparera de son berlingot et tentera d'en verser sur la feuille de papier. Il y aura cependant une séance de semblant autour de la préparation et du partage d'un repas, et ceci à partir de nos questions dont le thème est introduit par Marvin : ce qu'il aime manger à l'école. Chacun des convives, Marvin, sa maman et les deux cliniciens, prépare une assiette de pâtes carbonara. Nous nous régaloons !

⁶ Le plus souvent, la métonymie est prise dans le discours courant, elle engendre peu de nouveau sens. Dans la série métonymique, les choses se répètent, à l'inverse de la métaphore qui implique qu'il y ait eu coupure, permettant alors la survenue d'un sens nouveau (et l'accès à la symbolisation).

⁷ Jean Bergès définit ainsi ce premier forçage comme une introduction au symbolique : l'enfant est engagé de force dans la parole et le langage, il est pris dans la chaîne de ce qui est dit ; ce n'est pas un bain sonore, l'environnement qui parle, c'est la prise dans les lois de l'articulation et de la syntaxe, c'est un forçage sous-tendu par les lois du langage.





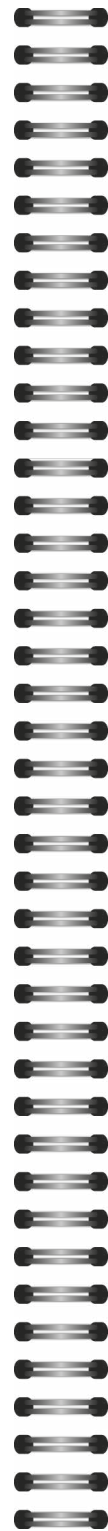
LE TEMPS DE LA SUPERVISION

La pratique du Gerseau est supervisée à un rythme mensuel et nos questions ont pu faire l'objet d'un éclairage théorico-clinique qui nous a permis d'affiner notre travail sur le terrain. En outre, cela nous a aidés à préciser notre positionnement en tant que thérapeutes au sein du réseau professionnel. En supervision, sera soulignée la qualité du lien de transfert établi dans une situation où les mécanismes de déliaison sont importants. En effet, les paroles volent et sont peu adressées, qu'il s'agisse des paroles de Marvin ou de l'un des adultes présents, le nombre de personnes autour de la séance de l'enfant étant en effet fluctuant. Ces différents acteurs sont parfois là, ou pas, l'un rentre, l'autre sort, personne ne s'étonne de notre présence, on nous salue, ou pas. Marvin se montre violemment agacé des allées et venues et des bruits qu'il entend à l'étage : il traduit cet agacement par des gestes et non par des paroles. Nous nous étonnons, nous nous adressons à Marvin, nous questionnons avec délicatesse, tentant d'indiquer l'importance pour nous d'une présence ou d'une parole. Nous sommes là dans un travail d'humanisation autour de cet enfant. Et ce travail a des effets. C'est ainsi que nous apprendrons de manière un peu fortuite, au détour d'une parole de la mère, que Marvin ne tape plus et ne mord plus. Nos in-

terventions ont constitué jusqu'alors en un pari sur un accès possible au symbolique pour Marvin et ont porté sur la parole avec la constitution d'un lieu d'adresse. Nous avons en effet, dès la deuxième séance, considéré que Marvin s'adressait à nous et qu'il avait quelque chose à nous dire. Pourtant, un préalable reste incontournable. Marvin ne dit en effet pas encore *Je*, pas plus qu'il n'utilise son propre prénom pour se nommer, et il ne prend guère appui sur nos interventions pour aller plus loin, peu au sein d'une même séance et pas d'une séance à l'autre. C'est ainsi que sera souligné dans le déroulement de la supervision l'importance d'un travail du côté de l'engagement du corps des cliniciens qui peuvent s'étonner, admirer, s'extasier des trouvailles de l'enfant et de l'effet de ses productions sur leur présence. Là où nous sommes affectés, ça nous entame, nous sommes mordus par la langue. Ce qui va immanquablement décupler le plaisir de Marvin et peut-être lui permettre de se sentir *phallicisé*⁸, porteur de l'aurore de *HisMajesty the baby*⁹. Dès la séance suivante, nous constatons les effets que cet éclairage clinique induit sur notre travail. Marvin est au centre de notre enthousiasme. Notre émerveillement fait tache d'huile. Pour la première fois, toute la famille est impliquée dans la préparation d'un repas *pour du semblant*. Et

⁸ La «phallicisation» (Lacan, 2004) du bébé procède de la capacité de la mère à s'illusionner (Couvert, 2017).

⁹ *His majesty the baby*. La phrase est célèbre. Freud l'utilise dans un texte crucial, publié en 1914, «Pour introduire le narcissisme», où il pointe, à travers l'admiration des parents pour leurs enfants, la manifestation d'un narcissisme profondément enfoui en chacun de nous.



c'est Marvin le chef : nous sommes loin ce jour-là de la place de petit

clown à laquelle il était cantonné jusqu'alors.

SOINS ET PARTENARIAT

Pourtant, ce travail centré sur les besoins psychiques de Marvin suffit-il? La situation familiale ainsi que les résultats du bilan neuropédiatrique entamé pour l'enfant inquiètent les professionnels impliqués dans la situation. Une concertation est organisée au SAJ¹⁰ un an après le début de notre accompagnement. Nous y sommes invités, ainsi que les intervenants de la MIIF¹¹, les parents et leurs avocats respectifs. Il apparaît alors très difficile de faire la part des choses entre l'état d'un enfant qui nécessite clairement des soins et le positionnement des services sociaux envers une famille qui, de fait, présente tous les signes de stigmatisation possibles : conflit parental violent, grande précarité sociale, mode de vie un peu en marge des circuits ordinaires... Nous faisons le choix de nous centrer sur notre petit patient et de garder comme fil conducteur la nécessité du travail thérapeutique à poursuivre avec lui. Des accusations diverses, notamment à caractère sexuel, sont lancées non seulement par les services sociaux

mais également par les parents l'un envers l'autre. La menace est alors formulée d'un placement en famille d'accueil ou en institution, qui serait consécutif à une judiciarisation de la situation. Dénonciations, enquêtes et convocations se multiplient au fil des jours : Marvin va-t-il être placé et si oui, pourquoi? Maltraitance? Rééducation? Prise en charge thérapeutique? Ce n'est que dans l'après-coup que le mécanisme opérant dans ces démarches nous a semblé marqué par la répétition : nous avons été confrontés à un fonction-

"Lorsque les acteurs sociaux ont été mêlés à la situation, c'est la question de la maltraitance qui semble avoir eu un effet sidérant au point de prendre le pas sur notre travail de première ligne qui s'inscrivait sur un versant thérapeutique."

nement familial qui a alarmé les services sociaux et suscité une inquiétude telle que les paroles ont cessé d'être adressées entre les uns et les autres. Que dire de cette absence de mots à la lumière du symptôme de l'enfant qui ne parlait pas et à qui les mots étaient lancés sans être adressés? De même, dans ce contexte im-

prégné de brutalité, où *S'il frappe*, *on frappe* était la manière de régler les débordements de l'enfant, il se trouve que ce mode de réactions a trouvé à resurgir au sein même des interactions entre la famille et les

¹⁰ Service de l'Aide à la Jeunesse.

¹¹ MIIF - Mission d'intervention intensive en famille.





intervenants. Sur le mode du duel, il semblait que cela se réduisait alors à : *Si vous le prenez, on le reprend!* Marvin n'était devenu qu'un objet à rendre ou à récupérer entre ses parents (à tout le moins depuis leur séparation) et nos concertations ne l'ont pas délogé de cette place. Marvin est-il un enfant victime de maltraitance? Et le cas échéant, de quel type de maltraitance s'agit-il?

Ce que nous pouvons dire en tout cas, c'est qu'il s'agit d'un enfant qui n'a longtemps pas reçu, pour diverses raisons, les soins nécessaires à son équilibre psychoaffectif. En outre, ses difficultés ont été exacerbées du fait

de l'importance du conflit parental, sous la forme d'accusations mutuelles sans qu'il n'y ait moyen d'accéder à la médiation par la parole. Lorsque les acteurs sociaux ont été mêlés à la situation, c'est la question de la maltraitance qui semble avoir eu un effet sidérant au point de prendre le pas sur notre travail de première ligne qui s'inscrivait sur un versant thérapeutique. Nous avons nous-mêmes accompagné la mère de Marvin au SAJ et ce, malgré ses réticences et préjugés face aux services sociaux qu'elle avait bien connus dans le passé. Or, nous n'étions invités aux concertations pluridisciplinaires qu'à la demande de la mère. L'éclairage clinique que nous pouvions apporter s'est dès lors retrouvé à l'arrière-plan : toute l'attention des intervenants était fo-

calisée sur la maltraitance au point de ne donner à la question des soins qu'une part réduite dans les débats. La seule façon de ne pas nous laisser prendre dans ces mécanismes a été de garder notre fil clinique : celui d'un pari sur la possibilité d'un travail avec un enfant rendu à sa place de sujet. Mais il s'agissait-là d'un pari en lien avec les objectifs et les balises du Gerseau ; d'autres

équipes de par des missions et des grilles de lecture différentes portaient un regard autre sur la situation. Cela nous a conduits à nous interroger sur les difficultés, entre membres d'un réseau réunis autour d'une même

situation, à articuler des interventions se référant à des missions nécessairement différentes en raison des spécificités des cadres de travail des uns et des autres. En fin de compte, ce sera pourtant la nécessité des soins à l'égard de Marvin qui primera et l'enfant sera alors hospitalisé. Se débrouillant pour que cette hospitalisation ne soit pas un placement, les parents, contre toute attente, parviendront à se mettre d'accord pour s'organiser de telle sorte que son séjour ne se fasse pas en internat, ce qui ne leur paraissait pas supportable, ni pour chacun d'eux ni pour leur fils. Nous pouvons supposer que cet arrangement *a minima* entre les parents a permis d'éviter d'éventuels effets traumatiques liés à une séparation qui aurait été de l'ordre d'une rup-

« Toute l'attention des intervenants était focalisée sur la maltraitance au point de ne donner à la question des soins qu'une part réduite dans les débats. »

ture... sans mots. Quant à nous, si notre travail a été suspendu en raison de l'hospitalisation de Marvin, cela ne nous a pas empêchés de

lui dire que lorsque serait vraiment venu le moment de nous quitter, nous prendrions le temps de nous dire au revoir.

RÉFÉRENCES :

- Bergès, J. (2005). *Le corps dans la neurologie et dans la psychanalyse*. Ramonville Saint-Agne, Érès.
- Chemama, R. ; Vanderersch, B. (1998). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris, Larousse.
- Couvert, M. (2011). *Les premiers liens*. Bruxelles, Collection Temps d'Arrêt / Lectures, Yapaka.be. (p.10)
- Couvert, M. (2017). Pulsions et prématurité. *Lorsque le sujet paraît... Naissance du sujet et clinique des tout-petits*, sous la direction de Gwénola Druel. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Crespin C., G. (2016). *La vitalité relationnelle du bébé*. Bruxelles, Collection Temps d'Arrêt / Lectures, Yapaka.be. p. 9
- Delplanche, D. (2000). Le jeu du "Fort-Da" et l'incidence du symbolique sur le sujet. *Les feuillets du Courtil*, p. 3.
- Freud, S. (1985). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris, Essais de psychanalyse, Petite bibliothèque Payot.
- Grasset, Y. (2016). Texte d'introduction au séminaire de la clinique du tout-petit (2013-2014). *Consultation et Lieu d'Accueil Psychanalytique*, Le Carnet - Etude de références Les dires du symptôme. Paris.
- Lacan, J. (2004). Séminaire X, *L'angoisse*. Paris, Seuil. p.50



JE N'AIME PLUS LA MER, UN FILM D'IDRISS GABEL, 2018



Chaque année, des milliers d'hommes, de femmes et d'enfants fuient la guerre, les menaces, les tensions et les persécutions qui règnent dans leur pays. Ils souhaitent obtenir une protection et un statut dans un autre pays. Près de 6000 enfants par an demandent l'asile en Belgique. La Croix-Rouge peut les accompagner dans leur procédure.

Le film *Je n'aime plus la mer*, réalisé par Idriss GABEL, nous plonge au cœur d'un centre d'accueil de la Croix-Rouge près de Natoye, en Belgique. Il s'agit d'un centre d'accueil pour les familles en attente d'un statut.

Les enfants témoignent de leur parcours, de leurs attentes, de leurs peurs, de leurs rêves. Ils sont notamment originaires d'Irak, d'Afghanistan, de Syrie ou d'Erythrée.

L'un d'entre eux, Hassan, vient d'Irak. Il y a vécu jusqu'à ses treize ans. Dans sa longue marche vers l'exil, il nous raconte avoir vu son ami mourir devant ses yeux suite aux balles d'un sniper... Une autre enfant, âgée d'environ 11 ans, vient d'Afghanistan. En dessinant son ancienne maison, elle nous ra-

conte comment les talibans ont débarqué chez elle et ont frappé son père parce qu'il refusait de leur donner de l'argent. Les enfants racontent également leur longue traversée des flots de la méditerranée, le froid des montagnes, les cris, les accidents, le vent, la peur...

Au-delà des témoignages poignants des enfants, la force des relations qui se nouent entre ces derniers et entre les familles au sein du centre défile sous nos yeux. Les enfants prient pour que la Belgique leur dise : *T'es positif*. Ce qui signifierait qu'ils ont obtenu leur statut et qu'ils ne vont pas devoir retourner dans leur pays.

Ce film touchant nous plonge dans la réalité vécue par ces enfants et par leurs familles. Personne ne pourra y rester indifférent. En Belgique, de nombreuses associations, organisations et plateformes luttent pour faire avancer les politiques sur ces questions compliquées. En incitant tout un chacun à visionner ce film, nous espérons sensibiliser à la thématique de l'immigration. Les droits de l'enfant doivent plus que jamais être défendus et garantis pour tout enfant, ici et maintenant.

Idriss GABEL, « Je n'aime plus la mer », 2018

<https://www.jenaimepluslamer.com/>

Les films de la passerelle / Christine Pireaux

Nous invitons également le lecteur à consulter la page de campagne suivante : *On n'enferme pas un enfant*. Point de Amnesty International.

Il s'agit d'une campagne qui vise à lutter contre l'enfermement des enfants migrants dans des centres de détention pour familles.

<https://jeunes.amnesty.be/jeunes/informe-toi/Dazibao-les-affiches-pour-les/article/on-n-enferme-pas-un-enfant-point>

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Pour la publication dans le Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles

La revue, Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, publie des textes scientifiques en français relatifs à l'enfance maltraitée et ce dans toutes ses dimensions. Il peut donc s'agir de textes touchant au regard sociologique, psychologique, médi-

cal, juridique... Les textes viseront à faire le lien entre la recherche ou la théorie et la pratique ou, inversement, à susciter ou proposer des questions de recherches issues du terrain.

LA REVUE PROPOSE 3 RUBRIQUES DISTINCTES :



Article

Il s'agit d'articles de recherche originaux, de rapports de recherche, de réflexions cliniques ou encore de résumés des connaissances empiriques et de leurs applications pratiques, en rapport ou non avec la thématique proposée pour chaque numéro. Il peut également s'agir d'articles précédemment publiés dans une revue non spécifique à la maltraitance ou dans une autre langue que le français et dont la réédition est justifiée par l'intérêt du texte pour les problématiques actuelles ou par une discussion de l'auteur ajoutée *a posteriori*.

Cette rubrique est scindée en deux sous-rubriques : « carnet de recherche » et « carnet clinique ». La distinction vise à différencier les travaux de recherche scientifiques des écrits construits sur base d'une pratique de terrain, par exemple. Pour les articles en langue étrangère, une traduction française est requise.

Les articles ne dépassent pas 15 pages, bibliographie comprise (et peuvent donc être plus courts notamment dans le cas de résumés). Ils sont accompagnés d'un résumé en français et en anglais et de 3 à 5 mots-clés dans les deux langues également.

L'auteur portera son attention aux éléments suivants

■ Titre

Il est clair et concis et met en valeur le contenu de l'article. De plus, il correspond exactement à l'étude/à la démarche clinique.

■ Résumé

Il est rédigé en français et en anglais. Il s'agit d'un condensé de l'ensemble de l'étude/la pratique clinique. La problématique, les fondements théoriques, la méthode, les résultats, la discussion, la conclusion ainsi que les implications doivent y apparaître.

■ Introduction et revue de littérature

Dans l'introduction, le but de l'article est clairement énoncé (objectifs et hypothèses). Le sujet est délimité de manière stricte et le plan général est clairement présenté. Les concepts importants sont clairement définis. Il y a un rappel des principales données connues sur le sujet.

La revue de littérature est accessible aux lecteurs. Les allusions aux données connues sont toujours accompagnées de références bibliographiques. La littérature est au service de la réflexion donnée.

■ Matériel et méthodes

Article de recherche

Les variables choisies, le plan de recherche, la méthodologie, les instruments de mesure, l'échantillon/la méthode d'échantillonnage, la procédure de collecte des données, le contexte ainsi que les méthodes d'analyse statistiques sont décrits.

Article clinique

Le dispositif de prise en charge est énoncé (cadre de travail, population cible...) et ses limites sont identifiées.

■ Résultats

Article de recherche

La section se limite à la présentation stricte des résultats et ne contient ni d'opinion, ni de discussion. Les énoncés de résultats sont accompagnés de données précises. Les tableaux et les chiffres sont utilisés efficacement.

Article clinique

Il s'agit d'un regard réflexif sur la pratique clinique : la théorie sert à réfléchir sur la pratique et/ou la pratique sert à développer des éléments théoriques.

■ Discussion et conclusion

La discussion/conclusion fait bien ressortir tous les éléments discutables. Elle porte sur les résultats et non sur un autre sujet. Ces résultats sont mis en lien avec la revue de la littérature. Les interprétations et affirmations se basent sur les résultats présentés. L'article suscite de nouvelles questions, amène de nouvelles pistes de travail.

■ Références

Chaque source est choisie judicieusement. L'auteur prouve également sa compréhension des sources sollicitées. Les références sont présentées selon les règles.

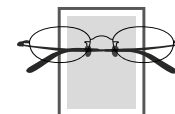
■ Considérations générales

Les différentes sections et leur titre sont clairs. La terminologie est uniforme. L'article est abordable. Le style est clair et agréable. Aucune faute d'orthographe n'apparaît. L'article est suffisamment innovant et intéressant pour justifier sa publication.



Vignette clinique

Il s'agit du récit d'une situation clinique et de sa prise en charge visant à rendre compte de la réalité de terrain. Celle-ci doit être en lien avec la thématique du numéro. Le texte doit permettre de rendre compte de la prise en charge plus que d'une élaboration théorique, tout en respectant scrupuleusement l'anonymat. Les vignettes ne dépassent pas 6 pages.



Incitation à...

Il s'agit de rendre compte, en une page maximum, de l'intérêt d'un ouvrage, d'une publication, d'un film, d'une pièce de théâtre... récents dans le domaine de la maltraitance infantile. Ce résumé présentera les grandes lignes de l'œuvre de référence et ce que l'auteur du résumé y a trouvé comme intérêt. Il s'agit donc d'un résumé personnel et nominatif.

RECOMMANDATIONS POUR LA PUBLICATION

Les textes sont rédigés en Times New Roman 12 de simple interligne et sont envoyés en format .doc(x) à l'adresse sos-enfants@one.be. Si le texte est accepté en première lecture par les membres du Comité éditorial, il est analysé sur le principe du Peer Review par au moins deux experts du domaine qui peuvent suggérer à l'auteur des modifications. Pendant toute la durée de l'évaluation, l'anonymat, tant de l'auteur que des lecteurs, est préservé. Quelle que soit la décision, un

avis est rendu à l'auteur dans les 3 à 6 mois. En soumettant son texte à la revue Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, les auteurs lui cèdent leurs droits et marquent leur accord pour une publication papier et électronique en open source.

Sur la première page du texte figure, pour tous les formats, le nom complet des auteurs et leur(s) affiliation(s), les coordonnées complètes du premier auteur considéré comme l'auteur principal et avec qui communique la rédaction.

NORMES BIBLIOGRAPHIQUES

Toute référence à un auteur doit être mentionnée à deux reprises : dans le corps du texte et sous le titre « Références » en fin d'article.

Références dans le texte : dans le texte ne figure que le nom du premier auteur suivi de et al. ou les noms des deux auteurs, s'il n'y en a que deux. Les noms sont suivis de l'année de publication, dans l'ordre chronologique s'il y en a plusieurs :

« Cette recherche confirme que le nombre d'homicides sur les très jeunes enfants est en France grandement sous-évalué et que la tendance à la suspicion de maltraitance est beaucoup moins développée qu'elle ne l'est dans d'autres pays (Resnick, 1970; Overpeck *et al.*, 2002) ».

Références en fin d'article : la liste des références est présentée par ordre alphabétique.

Pour les livres, le nom des auteurs est en minuscule, suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre en italique, suivi de la ville et de la maison d'édition :

Romano, H. (2010). *Enfants maltraités, descriptions cliniques, évaluation et prise en charge*. Paris, Fabert.

Aubert, N. ; de Gaulejac, V. (1991). *Le Coût de l'excellence*. Paris, Seuil.

Pour les articles, le nom des auteurs suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre, du nom de la revue en italique, du numéro

et des numéros de la première et dernière page de l'article :

Overpeck, M.D.; Brenner, R.A; Cosgrove, C.; Trumble, A.C.; Kochanek, K.; MacDorman, M. (2002). National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics*, 109: 274-283.

Resnick, P. (1970). Murder of the newborn: a psychiatric review of neo-naticide. *The American Journal of Psychiatry*, 126 b: 1414-1420.

Deux références d'un même auteur parues la même année sont à distinguer dans le texte et dans la bibliographie comme suit : (2013a) (2013b).

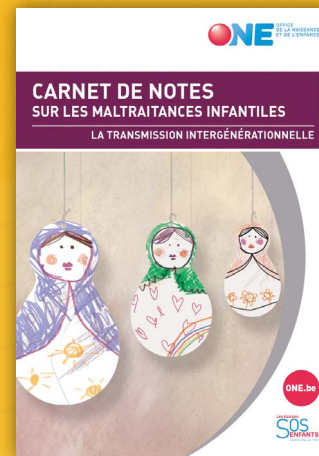
NORMES DE SAISIE

Saisir en italique, sans mettre de guillemets :

- Les mots que l'on souhaite exceptionnellement faire ressortir.
- L'extrait du discours d'une personne (dans le cas des vignettes cliniques par exemple). Les éléments du contexte ne sont pas en italique.

Les tableaux et les figures sont numérotés en chiffres romains, par ordre d'apparition dans le texte. Leur emplacement doit être précisé dans le texte, entre parenthèses.

LES DERNIERS NUMÉROS PARUS



N°4 La transmission intergénérationnelle



N°5 L'inceste fraternel



N°6 Les enfants de parents en difficulté psychique



N°7 Attachement et maltraitance

CARNET DE NOTES

SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

DOCBU0001
D/2019/74.80/65
N° ISSN 2295-5518



Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be



Rejoignez-nous sur



ONE.be