

Appel d'offre ouvert 2014

RAPPORT FINAL : MAI 2016

**Les conséquences des maltraitances physiques et
psychologiques sur le développement de l'enfant de 6 mois
à 3 ans : émergence d'un syndrome post-traumatique**

Laboratoire PSY-NCA EA 4700 de l'université de Rouen

Porteur du projet : Yolande Govindama, Professeure de psychologie clinique, Université de Rouen. Directrice du Laboratoire Psychologie et Neurosciences de la Cognition et de l'Affectivité (PSY-NCA)- Equipe Traumatismes Individuels et Familiaux (T.I.F).

Equipe de recherche :

-Dr Agnès Charlet – Maheu : Responsable de l'Union Territoriale d'Action Sociale de 76(P.M.I, Pouponnières, crèches).

-Ledrait Alexandre : Docteur en psychologie clinique - Université de Rouen.

-Mamoudou Abdourhamane : Doctorant en psychologie clinique - Université de Rouen.

-Niel Magali : Etudiante en Master 1 –Université de Rouen.

I-INTRODUCTION DE LA RECHERCHE	5
1-CONTEXTE DE LA RECHERCHE	5
1-1-Approche épidémiologique	5
II-ETAT DES LIEUX DES MALTRAITANCES ET DE LEURS EFFETS SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	8
1-LA MALTRAITANCE EN FRANCE	8
2-LES DONNÉES STATISTIQUES	9
3-LES TRAVAUX RÉALISÉS SUR LA MALTRAITANCE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE	10
4-LES CONSÉQUENCES DES MALTRAITANCES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT.....	12
III-LE CADRE DE LA RECHERCHE	14
1-OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	14
2-PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE	16
3-HYPOTHÈSES DE RECHERCHE :.....	16
3-1- HYPOTHÈSES MISES À L'ÉPREUVE	17
4-PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON ET DES TERRAINS DE RECHERCHE	18
4-1-La population d'étude	18
4-2-Lieux de recueil des données	19
5- PRINCIPES ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES.....	20
6- MÉTHODOLOGIES.....	20
6-1- Méthodes d'analyse des résultats.....	21
7-DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE.....	22
La première phase de la recherche	22
La deuxième phase de la recherche	22
IV- RESULTATS.....	23
1-PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	23
2-L'ANALYSE DES DOSSIERS DES ENFANTS.....	25
2-1-Analyse des résultats du parcours institutionnel de notre échantillon global.....	25
2-2-Analyse des résultats du parcours institutionnel des enfants maltraités psychologiquement.	26
2-3-Analyse des résultats du parcours institutionnel des enfants maltraités physiquement	27
2-4-Analyse comparative du parcours institutionnel entre les deux groupes d'enfants.....	28
3-ANALYSE GÉNÉRALE : PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON GÉNÉRAL ET ANALYSE DESCRIPTIVE.	30
3-1-Les résultats généraux au Brunet-Lézine Révisé pour les deux groupes confondus.....	31
Tableau 1 Comparatif des différents Quotients de Développements des enfants obtenus au Brunet-Lézine par types de maltraitance :.....	32
3-2- Une différence significative entre le Postural et le Langagier.....	33
3-3-Les résultats généraux à la Mallette Projective Première Enfance pour les deux groupes confondus..	35
Tableau 2 Comparatifs des modes de saisies et procédés du jeu à la Mallette Projective Première Enfance par types de maltraitance.....	36
3-3-1-Les modes de saisies des objets des enfants maltraités par rapport à la norme	37
3-3-2-Les procédés de jeu des enfants maltraités par rapport à la norme	38
4- HYPOTHÈSE 1 - LES MALTRAITANCES PSYCHOLOGIQUES INCLUANT LES NÉGLIGENCES ET LA CRUAUTÉ MENTALE, AFFECTENT-ELLES LA SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT ET GÉNÈRENT-ELLES DES TROUBLES RELATIONNELS, D'ATTACHEMENT, DE LA PAROLE (LE MUTISME PSYCHOGÈNE), DES RETRAITS AUTISTIQUES, VOIRE DES PATHOLOGIES ?	40
Tableau 3- Comparaison des différents Quotients de Développements des enfants maltraités psychologiquement :	40
4-1-Analyse qualitative des résultats des enfants maltraités psychologiquement au Brunet-Lézine Révisé	41
4-2-Analyse qualitative des résultats des enfants maltraités psychologiquement à la Mallette Projective Première Enfance.....	42
4-2-1-La spécificité des Modes de saisies au jeu des enfants maltraités psychologiquement	42
4-2-2-La spécificité des Procédés du jeu des enfants maltraités Psychologiquement	42
5-HYPOTHÈSE 1- LES MALTRAITANCES PHYSIQUES AFFECTENT-ELLES LE DÉVELOPPEMENT PSYCHO-MOTEUR, PSYCHO-AFFECTIF DE L'ENFANT ET GÉNÈRENT-ELLES UN HANDICAP PHYSIQUE OU MENTAL	44
5-1- Analyse qualitative des résultats des enfants maltraités physiquement au Brunet-Lézine Révisé	45
Tableau 4- Comparaison des différents Quotients de Développements des enfants maltraités physiquement : ...	45

5-2-Analyse qualitative des résultats des enfants maltraités physiquement à la Mallette Projective	
Première Enfance.....	46
5-2-1-La spécificité des Modes de saisies au jeu des enfants maltraités physiquement.....	46
5-2-2- La spécificité des Procédés du jeu des enfants maltraités physiquement	47
6-ANALYSE QUANTITATIVE ET COMPARATIVE ENTRE LES CONSÉQUENCES LIÉES À LA MALTRAITANCE PHYSIQUE ET CELLES LIÉES À LA MALTRAITANCE PSYCHOLOGIQUE	49
6-1- La comparaison inter-groupe :	49
6-2-La comparaison intra-groupe.....	51
6-2-1-Les différences observées dans les deux groupes :	51
6-2-2-Les différences propres aux enfants maltraités psychologiquement :	54
6-2-3-Les résultats spécifiques aux enfants maltraités physiquement.....	55
6-2-4-La non différence liée aux paramètres interculturels	55
7-HYPOTHÈSE 2 : LE TABLEAU CLINIQUE DE L'ENFANT MALTRAITÉ ET LA QUESTION D'UN SYNDROME POST-TRAUMATIQUE ET DE SON INFLUENCE SUR LA CONSTRUCTION DE LA PERSONNALITÉ	56
7-1-Tableau récapitulatif des procédés sélectionnés pour répondre à l'hypothèse 2	56
V-RÉSULTATS ET HYPOTHÈSES-DISCUSSION	60
VI-ILLUSTRATIONS CLINIQUES	64
1-LA MALTRAITANCE PHYSIQUE	64
Situation clinique d'une dyade mère-enfant avec une spécificité culturelle régionale	64
Situation clinique présentant une dyade mère-enfant avec une spécificité interculturelle.....	67
2- La maltraitance psychologique et la négligence	72
Situation clinique présentant une dyade mère-enfant avec une spécificité culturelle régionale	72
Situation clinique présentant une dyade mère-enfant avec une spécificité interculturelle.....	76
CONCLUSION.....	81
QUELLES POURRAIENT ÊTRE LES APPLICATIONS DE CETTE ÉTUDE ?	84
AU NIVEAU DE LA RECHERCHE POUVANT INTÉRESSER DES CHERCHEURS ET DES DOCTORANTS :	84
DU CÔTÉ DES APPLICATIONS PRATIQUES	85
BIBLIOGRAPHIE	86
SOMMAIRE DES ANNEXES	95
ANNEXES I – TABLEAU STATISTIQUES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE	97
I-1- TABLEAU 1. VIOLENCES, MAUVAIS TRAITEMENTS ET ABANDONS DES ENFANTS, PAR RÉGION ADMINISTRATIVE SELON L'ONDRP (1996-2013).	97
ANNEXES II - PRESENTATION DES METHODES	98
II-1-GRILLE DE DÉPOUILLEMENT DES DOSSIERS	98
II-2-DESCRIPTION DES TESTS UTILISÉS :	100
1) Le Brunet-Lézine Révisé :	100
2) La Mallette Projective Première Enfance.....	102
3) Conclusion et perspective de l'analyse des données des deux tests :	102
II-3-OBSERVATION : LA MÉTHODE E. BICK	102
1) La méthode d'analyse qualitative :	104
II-4-PRÉSENTATION DE L'ENTRETIEN CLINIQUE À VISÉE DE RECHERCHE INTÉGRANT L'OBSERVATION DU LANGAGE NON VERBAL ..	105
1) Méthode d'analyse des entretiens.....	105
ANNEXES III - PRESENTATION DES RESULTATS	106
III-1-HISTOGRAMME DES ÂGES PAR GROUPE :	106
1) Histogramme des âges par groupe :	106
III-2- TEST STATISTIQUE DE MANN & WITNEY COMPARAISON DES ÂGES :	106
III-3-TABLEAU DES ÂGES DES ENFANTS LORS DU PREMIER ÉCRIT, DU PLACEMENT ET DE SON DÉLAI	107
III-4- TABLEAU COMPARATIF DES NORMES DES MODES DE SAISIES DES OBJETS AU M.P.P.E DE P. ROMAN AVEC NOTRE ÉCHANTILLON	108
III-5- TABLEAU COMPARATIF DES NORMES DES PROCÉDÉS DU JEU AU M.P.P.E DE P. ROMAN AVEC NOTRE ÉCHANTILLON	108
III-6- HISTOGRAMMES DES VARIABLES TESTÉES :	109

1) <i>La maltraitance psychologique</i> :	109
1.1) Au Brunet-Lézine Révisé :	109
1.2) Au MPPE avec les modes de saisies.	110
1.3) Au M.P.P.E avec les procédés du jeu :	111
2) <i>La maltraitance Physique</i> :	112
2.1) Au Brunet-Lézine Révisé :	112
2.2) Au MPPE avec les modes de saisies :	113
2.3) Au MPPE avec les Procédés du jeu :	114
III-7- TABLEAU DE REPRÉSENTATION DES RÉSULTATS STATISTIQUES DE SHAPIRO-WILK.	115
III-8- COMPARAISON INTER-GROUPE AU TEST DE MANN & WITNEY	115
III-9) COMPARAISON INTRA-GROUPE AU TEST DE WILCOXON.....	116

I-INTRODUCTION DE LA RECHERCHE

1-Contexte de la recherche

Une longue pratique clinique depuis 1984 au sein de la protection judiciaire de l'enfance et expertale depuis 2004 nous a confrontés à la maltraitance des jeunes enfants et à leurs parents qui étaient souvent dans le déni de leurs actes. L'absence de langage chez le nourrisson, le jeune enfant, ou encore l'aliénation affective du jeune enfant dans sa demande d'amour à l'égard de ses parents, ne lui permet pas toujours d'apporter « la preuve » des sévices subis, surtout lorsqu'il s'agit des maltraitements psychologiques. Par ailleurs, un constat qui ne fut pas des moindres, c'est l'évolution des origines sociales. En effet, si les maltraitements concernent souvent les milieux défavorisés, elles ne sont plus le cas aujourd'hui. De même que la maltraitance grave des jeunes enfants dans les familles migrantes qui était quasi absente, commence à apparaître. Ce sont surtout les enfants singuliers qui sont exposés.

Ces constats cliniques ont été à l'origine de nos motivations pour répondre à l'appel d'offre de l'ONED en 2014. Une revue de littérature sur les études épidémiologiques nous a permis de constater la quasi absence de travaux sur cette tranche d'âge, notamment sur les conséquences de ces maltraitements sur ces jeunes enfants, alors que les études démontrent que ces mineurs sont à ce jour les plus exposés y compris à l'infanticide. Par ailleurs, ces enfants, victimes de maltraitements graves et porteurs d'un handicap physique ou mental, sont encore aujourd'hui confondus avec les autres handicapés dans les institutions sans que leur histoire ne soit prise en compte. Alors qu'en étant handicapés, ces enfants restent encore plus vulnérables et exposés à des sévices.

1-1-Approche épidémiologique

Les homicides chez les enfants de moins de 15 ans sont de plus en plus nombreux [OMS, 2000 ; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002]. Mais selon les estimations mondiales, les nourrissons et les très jeunes enfants sont les plus exposés [Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002 ; Becmeur, Danion-Grilliat, Messer, Ludes et Raul, 2006-2007 ; Tursz, Simmat-Durand, Gerbouin-Rerolle, Vellut et Cook, 2011 ; Tursz, 2014]. Ce même constat est retrouvé à Fidji, en Finlande, en Allemagne et au Sénégal (Adinkrah, 2000).

Avec 3 victimes décédées par semaine en France et 27 aux États-Unis, le risque de décès des enfants de moins d'un an est trois fois plus élevé que chez les enfants issus des autres classes d'âge (UNICEF, 2003). Certains auteurs vont jusqu'à émettre l'hypothèse que cette estimation serait encore supérieure avec la mort subite inexpliquée du nourrisson dont l'autopsie pourrait révéler un infanticide déguisé lié à la maltraitance [Tursz et Gerbouin-Rerolle, 2008 ; Tursz, 2010, 2013, 2014 ; Tursz, Simmat-Durand, Gerbouin-Rerolle, Vellut et Cook, 2011 ; Bloch et al., 2011 ; Briand-Huchet, 2011]. Straus et Manciaux avaient déjà remarqué l'exposition de cette tranche d'âge à la maltraitance « les enfants hospitalisés pour des mauvais traitements – garçons ou filles en égale proportion – sont en grande majorité âgés de moins de trois ans et pour la moitié d'entre eux de moins d'un an » (Straus et Manciaux, 1982, p. 166). Et l'infanticide volontaire des jeunes enfants en France avait déjà été dévoilé par Tardieu (1860). La thèse du docteur Pujol (1903-1904) est consacrée aux violences mortelles sur les nouveau-nés et à l'infanticide. Ces travaux mettaient déjà en évidence le déni de ce phénomène, déni qui pouvait être lié, à cette époque, à une méconnaissance de ce qu'était un bébé tant pour la famille que pour la société. Et que le mode de régulation des naissances utilisait souvent l'infanticide.

Mais comment comprendre ce déni actuellement alors que les techniques scientifiques permettent de suivre le développement de l'enfant in-utero et soutiennent le statut de sujet de l'enfant ? Ce déni emprunte une forme différente chez les parents qui se positionnent, de par leur statut social, comme « des sachants » en apportant leur diagnostic qui contamine le personnel médical (Tursz, Simmat-Durand, Gerbouin-Rerolle, Vellut et Cook, 2011). Un désir d'infanticide est bien plus mis en évidence dans les travaux de Viaux et al (2010) ; Zagury (2011) ; Tursz, Simmat-Durand, Gerbouin-Rerolle, Vellut et Cook (2011) ; Marinopoulos (2011), que dans ceux de Becmeur, Danion-Grilliat, Messer, Ludes et Raul (2006-2007) qui précisent qu'il n'y a pas de vœu de mort chez les parents à l'égard de leur enfant, mais il s'agit plutôt d'un défaut de représentation de leur enfant et la quête d'un besoin de reconnaissance. Ce défaut de représentation de l'enfant réel au cours de la grossesse et après la naissance, exposant le nourrisson à des maltraitances impliquant parfois un vœu de mort, se retrouve dans notre pratique clinique (Govindama, 1993, 1999a, 1999b, 2007, 2011a, 2011b, 2013, 2014).

Le phénomène de maltraitance ne touche pas que la France, le département Américain de la santé et des services sociaux montre qu'en 2009, sur 825 000 enfants maltraités, 78,3%

étaient négligés (Hornor, 2012). Plusieurs auteurs ont centré leurs travaux sur ce phénomène [Hildyard et Wolfe, 2002 ; Olivan, 2003 ; Garbarino, Brassard et Donovan, 2006 ; Lacharité, Ethier et Nolin, 2006]. Et que l'infanticide touche aussi les bébés américains (McKee, 2006).

Les dernières études réalisées en France ont mis en évidence les maltraitances graves sur des enfants de moins de 3 ans ainsi que les facteurs objectifs qui ont contribué au passage à l'acte et les séquelles qui en découlent [Becmeur, Danion-Grilliat, Messer, Ludes et Raul, 2006-2007 ; Tursz, Simmat-Durand, Gerbouin-Rerolle, Vellut et Cook, 2011]. Ces résultats ont mis en évidence une surreprésentation des bébés garçons dans le phénomène de maltraitance, surreprésentation déjà constatée par Manciaux et Gabel en 1993 ; ils précisent aussi que les maltraitances touchent aujourd'hui tous les milieux sociaux, sans que les parents aient été eux-mêmes maltraités dans leur enfance. Alors que jusqu'ici une corrélation était vite établie entre enfant maltraité et parents maltraitants victimes de maltraitance, ou encore entre maltraitance et milieu socio-culturel défavorisé. Par conséquent, la pluralité des facteurs est à prendre en compte aujourd'hui, y compris la souffrance parentale pour appréhender ce sujet.

Si ces travaux ont permis d'effectuer un état des lieux sur la question des maltraitances, peu de travaux traitent des conséquences des sévices sur les enfants, conséquences pouvant entraîner un handicap physique à l'exception de ces auteurs [Terr, 1991 ; Rouyer, 1993 ; Girodet 1993a ; Scheeringa, Zeanah, Drell et Larrieu, 1995 ; Starling, Heller et Jenny, 2002 ; Starling, Sirotnak, Heisler et Barnes-Eley, 2007 ; Olivan, 2003 ; Berger et al., 2010 ; Christian, 2012] ou mental [Girodet, 1993a ; Pernot-Masson, 2004].

Cependant, les derniers travaux traitant des effets de la maltraitance précoce relatent les dégâts irréversibles sur le cerveau causés par un taux élevé de stress et de cortisol [Glaser, 2000 ; Berger et al., 2010]. La maltraitance infantile entrave le développement psycho-affectif de l'enfant, notamment à travers des dysfonctionnements interactionnels et des troubles de l'attachement [Bowlby, 1969, 1973, 1980 ; Ainsworth, Blehar, Waters et Walls, 1978 ; Egeland et Sroufe, 1981 ; Egeland, Sroufe et Erickson, 1983 ; Dugravier et al., 2009]. Le développement cognitif de l'enfant maltraité est particulièrement exposé à un déficit (Cicchetti et Cohen, 2006), avec des conséquences sur le devenir de l'enfant.

II-ETAT DES LIEUX DES MALTRAITANCES ET DE LEURS EFFETS SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

1-La Maltraitance en France

Compte tenu de notre intérêt pour les effets des maltraitances physiques et psychologiques sur le développement de l'enfant, il nous est apparu nécessaire de faire un état des lieux à partir des différentes études sur la question. Précisons tout d'abord ce qu'on entend par maltraitance, tant la définition reste ambiguë. En effet, si les maltraitances et l'infanticide des jeunes enfants ont toujours existé et ont été pris en charge par le clergé dès 1539 lors de la création de l'Etat Civil qui attribue un statut à l'enfant, puis en 1638 par la création de l'institution de Saint-Vincent de Paul pour favoriser l'abandon plutôt que l'infanticide, la première loi qui va s'intéresser à l'enfance maltraitée et moralement abandonnée date de 1889, loi certainement advenue en France grâce aux études réalisées par la médecine légale qui dénonçait ce phénomène (Tardieu, 1860). Mais la loi de 1889 favorisera le placement et la déchéance de l'autorité parentale. Il faut attendre 1945 avec l'enfance délinquante pour que les juges des enfants prennent place dans leurs tribunaux qui les attendaient depuis 1911. Et l'ordonnance de 1958 relative à l'assistance éducative devient effective pour maintenir l'enfant dans sa famille mais en l'accompagnant ainsi que ses parents. La prévention de la maltraitance verra le jour en 1959. En 1989, cent ans plus tard, la prévention de la maltraitance est précisée, prenant en compte les maltraitances psychologiques, la cruauté mentale. La convention internationale des droits de l'enfant de 1990 soutiendra cette perspective. Mais le concept de maltraitance n'est apparu dans les années 1970 dans les pays Nord-Américains, tant sa représentation fut difficile à concevoir.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1999), « la maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ». En France, la définition de la maltraitance qui a fait consensus est celle de Straus et Manciaux en 1982, déclarant que « l'enfant maltraité est celui qui est victime de

violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (1982, p. 561).

2-Les données statistiques

Cette problématique qui concerne beaucoup d'enfants est devenue un véritable problème santé publique. L'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS, 2004) constate qu'en 2003, 8900 cas d'enfants étaient répertoriés en tant qu'enfants en danger. Dans son rapport de 2006, l'ODAS constate, pour l'année 2005, près « de 7 mineurs sur 1000 en population générale » ont été signalés comme étant des enfants en danger. Ce chiffre peut être expliqué par l'augmentation significative des négligences lourdes et des violences psychologiques comparé à l'année 2004 (6 900) (ODAS, 2006). En 2006, ces deux types de maltraitance représentaient « 44 % des situations recensées: au moins un enfant maltraité sur deux » (ODAS, 2007). Concernant les enfants âgés de 0 à 3 ans, le Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger (SNATED), indique également que les négligences lourdes et les violences psychologiques sont les dangers les plus évoqués pour cette tranche d'âge (SNATED, 2012, 2013). Ce constat n'est pas un phénomène mineur et concerne beaucoup d'enfants, comme le démontre les données issues des rapports de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED, 2005-2013). En effet, le nombre d'enfants pris en charge a augmenté en 2005 (+1%, ONED, 2008) et encore en 2006 (+4%, ONED, 2008) et que ce nombre stagne entre 2007 et 2008 pour subir une légère augmentation en 2009 et 2010.

Enfin, Tursz et al., ont enregistré sur une période de cinq ans (1996-2000), selon les données officielles, une moyenne de 17 homicides d'enfants de moins d'un an, par an. Lors de son évaluation, Tursz a constaté un écart important entre les données officielles et celles qu'elle a obtenues car, elle a noté qu'il y aurait 255 cas d'infanticides par année (Tursz, 2014). Les maltraitances semblent majoritairement être issues de la violence intrafamiliale comme le démontre le SNATED (2013) où sur 52 083 auteurs présumés, 50, 2% sont imputées aux mères, 31,2% aux pères et 10,2% aux beaux-parents. La maltraitance des enfants n'est pas un phénomène marginal ; sa fréquence ayant été récemment évaluée à 10 % en moyenne dans plusieurs pays à hauts revenus (Tursz et al., 2011). L'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONDRP, 2012) recense, par département, les données statistiques relatives à la délinquance qui ont été enregistrées, par la gendarmerie et les services de police,

notamment grâce à la création annuelle du fichier Etat 4001. Nous avons fait un tableau récapitulatif de 1996 à 2011 des cas recensés « violences, mauvais traitements et abandons d'enfants » par la police et la gendarmerie selon les deux régions administratives que sont la Seine-Maritime et l'Eure, régions investiguées en grande partie dans notre étude (Annexe I).

On constate, selon ce tableau annexe, une forte augmentation des cas de maltraitance en Seine-Maritime, passant de 211 cas de maltraitance en 1996 à 519 cas de mauvais traitements et abandons des enfants en 2013. De même, nous constatons un écart important entre le nombre de cas recensé en Seine Maritime, trois fois supérieur, par rapport à celui de l'Eure. Cet écart entre les deux régions ne peut que nous interroger.

3-Les travaux réalisés sur la maltraitance physique et psychologique

L'infanticide et la maltraitance infantile ont été mis en lumière par Ambroise Tardieu en 1860, mais ce sont les pédiatres américains qui vont dès 1939 étudier les syndromes des maltraitements chez le jeune enfant et leurs effets sur son développement physique [Ingraham et Heyl, 1939 ; Caffey, 1946, 1972 ; Silverman, 1953 ; Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller et Silver, 1962 ; Kempe et Kempe, 1978]. Le syndrome de Münchhausen décrit par Asher (1951) pour les adultes sera repris et étendu aux enfants avec le syndrome de Münchhausen par procuration élaboré par Meadow en 1977 (Meadow, 1977, 1982). Les travaux des chercheurs et praticiens français ont mis en évidence les syndromes neurologiques engendrés par le bébé secoué [Straus et Manciaux, 1982 ; Manciaux et Gabel, 1993 ; Girodet, 1993a ; Mignot et Manciaux, 1993] et les conséquences sur le développement physique de l'enfant [Mireau et Renier, 2003 ; Mireau, 2005].

Les maltraitements des jeunes enfants de moins de 3 ans et le syndrome de l'enfant battu ont fait l'objet de différents travaux [Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller et Silver, 1962] mettant en lumière des séquelles graves (Maroteaux, Fessard, Aron et Lamy, 1967) entravant le développement psycho-moteur et psychologique de l'enfant. Cependant Girodet (1993a ; 1993b) a montré le devenir de l'enfant maltraité comme handicapé physique et mental. Ses travaux comme ceux de Rouyer (1993) ont effectué une corrélation possible entre prématurité et bébé maltraité, ce qui n'est plus le cas actuellement [Becmeur, Danion-Grilliat, Messer, Ludes et Raul, 2006-2007 ; Tursz, Simmat-Durand, Gerbouin-Rerolle, Vellut et Cook, 2011]. Ce lien se fait à ce jour entre prématurité et autisme (Vanier, 2013). Les

troubles psychiques ont été notamment mis en évidence par Girodet (1993a) avec les manifestations comportementales de l'enfant (retrait, mutisme, syndrome de vigilance gelée) dont les signes cliniques se rapprocheraient, en raison de l'absence d'activité autoérotique, de l'autisme. Peu de travaux ont été effectués sur la maltraitance psychologique, comme le note Tursz.

Les travaux de ces dernières années du Pr. Becmeur, Pr. Danion-Grilliat, Pr. Messer, Pr. Ludes et Dr. Raul (2006-2007), et ceux de Tursz, Simmat-Durand, Gerbouin-Rerolle, Vellut et Cook (2011), outre de montrer l'ampleur de la maltraitance, ont noté que le syndrome du bébé secoué peut mener à la mort ou à l'handicap physique et mental. Si plusieurs études notent le déni de l'infanticide tant du côté des parents que du côté du personnel médical [Tursz, Simmat-Durand, Gerbouin-Rerolle, Vellut et Cook, 2011 ; Laurent-Vannier, 2012 ; Sofmer-Has, 2011a, 2011b], ce déni s'étend aux séquelles physiques et psychologiques laissées par ces maltraitements graves. En effet, ces enfants sont encore à ce jour confondus dans les institutions avec les enfants handicapés physiques ou les handicapés mentaux sans qu'il y ait d'une différence entre le handicap de naissance et celui acquis par les sévices. Ils sont traités indifféremment. Les résultats des études de Becmeur et al., (2006-2007) et de Tursz et al., précisent que les maltraitements touchent tous les milieux sociaux et ne s'inscrivent pas forcément dans la répétition intergénérationnelle.

Ce qui rejoint nos études cliniques qui nous ont conduits à rechercher d'autres facteurs pouvant contribuer au passage à l'acte. Cette remarque est aussi importante pour les professionnels qui ont tendance à inscrire automatiquement l'enfant maltraité dans une répétition intergénérationnelle.

D'autres travaux récents traitant de « la maltraitance aujourd'hui » et des prises en charge sous la direction de Girodet en 2013, impliquant différents auteurs (Lamour, Nathanson, Martin-Blachais, Maurey-Forquy, Frichet) donnent un aperçu du phénomène. Néanmoins, les études sur les effets de la négligence et/ou de la maltraitance psychologique (Ekenrode, 2004) sont peu nombreuses et difficiles à répertorier, en raison des difficultés à obtenir une définition consensuelle de ce type de maltraitance qui tend à exposer l'enfant, au cours de son développement, à une « chaîne de traumatismes » dans le temps [Streeck-Fisher et Van Der Kolk, 2000 ; Terr, 1991] ; ce qui aboutit à la notion de Poly-victimisation [Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007]. La poly-victimisation majore le risque d'être à nouveau maltraité [Dong et al., 2004 ; Finkelhor et Ormrod, 2005]. De même que le fait de subir des

événements traumatisants supplémentaires, mais de type différent que le premier traumatisme, aboutit à une anxiété supérieure par rapport à la répétition de plusieurs événements traumatisants qui sont tous de même type [Turner, Finkelhor et Ormrod, 2006 ; Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007 ; Cuevas, Finkelhor, Clifford, Ormrod et Turner, 2010 ; Turner, Finkelhor et Ormrod, 2010 ; Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby et Shattuck, 2014]. La poly-victimisation favorise alors la pluralité des symptômes mais surtout une dissociation psychique [Matthess et Dellucci, 2011; Macfie, Cicchetti et Toth, 2001 ; Hulette, Fischer, Kim, Ganger et Landsverk, 2008].

4-Les conséquences des maltraitances physiques et psychologiques sur le développement de l'enfant

Selon la littérature scientifique et la classification « Diagnostic 0-3ans » (DC : 0-3 R, 2009) en vigueur, les effets de ces sévices aboutissent à des conséquences multiples et différentes.

En effet, la précocité et la chronicité des maltraitances, entraînant une persistance d'un stress associé à un excès de cortisol, sont la cause de nombreuses conséquences sur le fonctionnement cérébral. Les effets du stress chronique s'observent sur la mémoire, à travers une hyperactivité précoce, une analgésie à la douleur, une élévation du seuil de la vigilance, une suppression des défenses immunitaires, et des symptômes dissociatifs [De Bellis et Putnam, 1994 ; Glaser, 2000 ; Bugental, Martorell et Barraza, 2003 ; Kolb et Wishaw, 2008 ; Berger et al., 2010 ; Cicchetti et Rogosch, 2012 ; Caluer, 2014]. La précocité du stress associée à un développement d'un PTSD a, alors, un impact très nocif sur le développement cérébral de l'enfant [De Bellis et al., 1999a ; De Bellis et al., 1999b ; De Bellis, 2005]. La question qui se pose, est-ce que le dysfonctionnement cérébral lié au stress de la maltraitance est-il réversible ?

Selon Christian en 2012 et d'autres auteurs [Hochstadt, Jaudes, Zimo et Schacter, 1987 ; Flaherty, Weiss, 1990 ; Chernoff, Combs-Orme, Risley-Curtiss et Heisler, 1994 ; Halfon, Mendonca et Berkowitz, 1995 ; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick et Litrownik, 1998 ; Takayama, Wolfe et Coulter, 1998 ; Simms, Dubowitz et Szilagyi, 2000 ; McMillen et al., 2005 ; Jee, Barth et Szilagyi, 2006 ; Steele et Buchi, 2008 ; Ahrens et al., 2010], les conséquences physiques des maltraitances peuvent se traduire par des troubles de la croissance, de la vision, des problèmes de santé bucco-dentaire non traités, des maladies

infectieuses, des retards de développement, des troubles de santé mentale et de comportement à travers une activité sexuelle précoce et à risque, et d'autres maladies chroniques. Les enfants gardent des séquelles physiques comme la cécité, le défaut d'apprentissage, et/ou une épilepsie qui sont largement pathognomoniques du syndrome du bébé secoué (Laurent-Vannier, 2012). De plus, des somatisations (Rouyer, 1988) et des handicaps moteurs et posturaux [Girodet, 1993a ; Cicchetti et Cohen, 2006] existent mais dont l'ampleur semble sous-estimée et mériterait d'être investiguée. D'autre part, il est important de rappeler que dans la majorité des cas de violences physiques, une maltraitance psychologique est souvent concomitante (Pernot-Masson, 2004).

Quant aux conséquences psychologiques chez l'enfant, elles peuvent prendre la forme d'un syndrome de stress post-traumatique. Selon Terr (1991) le traumatisme chez l'enfant est *la conséquence mentale d'un choc externe soudain ou d'une série de chocs, rendant l'enfant temporairement sans secours et rompant les stratégies d'adaptation et les mécanismes de défenses*. Les effets, notamment chez l'enfant 0-3 ans, s'observent à travers la suppression de pensées, les troubles du sommeil, le sursaut exagéré, les régressions développementales, les peurs d'éléments quotidiens, les évitements délibérés, la panique, l'irritabilité et l'hyper-vigilance. Devant cette pluralité de symptômes, Terr (1991) dégage 4 caractéristiques généraux du traumatisme chez l'enfant : 1-les reviviscences des images traumatiques ; 2-les comportements répétitifs avec notamment des jeux traumatiques ; 3-les craintes spécifiques liées au trauma ; 4-le changement d'attitudes face aux gens, la vie et l'avenir.

Selon Terr (1991), il y aurait deux types de conséquences traumatiques chez l'enfant, selon que le trauma soit de type I, caractérisé par un choc singulier et soudain alors que l'enfant n'avait jamais été victime de traumatisme précédent, ou de type II, qui est la résultante d'une exposition chronique ou répétée à des événements traumatisants comme le cas de la maltraitance. Les conséquences psycho-traumatiques de type II favorisent la mise en place de stratégies d'adaptation et des mécanismes de défenses pour protéger le Moi. Ces défenses sont la sidération psychique et le déni (avec anesthésie à la douleur, et amnésie), l'auto-hypnose et la dissociation ainsi que la rage, rage dirigée contre soi avec l'auto-mutilation, ou contre l'extérieur par la violence et l'identification à l'agresseur ou par une conduite réactionnelle en adoptant un comportement d'une extrême passivité.

Enfin d'autres auteurs tels que Solomon et Heide (1999) ont décrit les effets du psycho-traumatisme de type III correspondant aux traumatismes *les plus extrêmes. Il résulte d'événements multiples et violents commençant à un âge précoce et perdurant durant des années. Typiquement, l'enfant était la victime d'agresseurs multiples et un ou plus sont des parents* (1999 : 204).

Ainsi les effets chez l'enfant s'accompagnent de reviviscences traumatiques, notamment à travers le jeu-traumatique (Terr, 1991), une modification comportementale [Scheeringa, Zeanah, Drell et Larrieu, 1995 ; Scheeringa, Zeanah, Myers et Putnam, 2003] et cognitive (Berger, 2004, 2007), et un évitement phobique des situations potentiellement traumatogènes (Terr, 1991). Chez le très jeune enfant, ne pouvant pas fuir l'événement traumatique, celui-ci peut développer des stratégies d'évitement de type comportemental, visuel, (Fraiberg, 1962) et d'accommodation (Summit, 1983) qui peuvent devenir un mode de fonctionnement difficilement réversible (Vigilance gelée, sursaut exagéré, hyper-vigilance, hypertonicité) avec des atteintes physiologiques pouvant générer des troubles du sommeil, alimentaires et de l'humeur.

Cette revue de littérature permet de constater la quasi absence de travaux sur les effets des maltraitements sur le développement de l'enfant et les handicaps associés. Tout comme il existe peu d'étude en France sur l'existence d'un syndrome d'Etat Post-Traumatique spécifique à la maltraitance décrit par Terr (1991). Notre étude a tenté de combler ce manque.

III-LE CADRE DE LA RECHERCHE

1-Objectifs de la recherche

Cette étude fait suite à une recherche sur la représentation de l'enfant maltraité chez les travailleurs sociaux menée par deux doctorants en 2011 dans les MECS et financée par une Task Force du Grand Réseau de Recherche du Conseil Régional de Haute Normandie et à différents travaux développés sur l'enfant maltraité dans notre équipe (Govindama, 1993, 1999b, 2011a, 2011b, 2013, 2014 ; Viaux et al., 2010 ; Fernagut, Govindama, Rosenblat, 2011). Sensibilisée par cette première étude sur le sujet, mais aussi par l'implication d'un des doctorants de notre équipe qui a été inséré dans les PMI de Rouen pour réaliser son master 1 sur ce thème, la région Haute Normandie s'est impliquée dans cette recherche à travers la responsable de l'Unité Territoriale d'Action Sociale de la Seine Maritime, le docteur Agnès Charlet-Maheu. L'implication de la région s'était aussi concrétisée par l'obtention, en 2013,

d'une allocation doctorale sur la maltraitance des jeunes enfants pour un doctorant impliqué dans notre projet.

L'implication de la Région Haute Normandie se justifie par une attente des conclusions pour ajuster les modalités de prise en charge thérapeutique et de prévention dans la perspective de la loi 2007 (interdisciplinarité et travail en réseaux : pédiatre – psychologue - travailleur sociaux). Et lorsque les médecins du CHU de Rouen se sont retirés du projet pour des raisons de confidentialité médicale, nous avons informé l'ONED au moment de notre rapport mi-étape et la Région Haute Normandie. La Région s'est saisie du problème et a accepté d'intégrer notre étudiante de master 1 dans le pôle Enfance de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance pour nous permettre de compléter notre échantillon.

Mais si jusqu'ici les études réalisées ou les projets proposés à la Région étaient basés sur les effets des maltraitements physiques et psychologiques et les handicaps associés, notre recherche actuelle a évalué les conséquences de ces maltraitements sur le développement de l'enfant, conséquences sur le développement physique (psycho-moteur, postural, tonique, handicaps acquis) et psychologique (retrait, hyperactivité, hypo-hypervigilance, vigilance gelée, le syndrome d'accommodation de Summit, troubles attachement : insécure ou indifférencié, retard et/ou immaturité psycho-affective) et a mis en évidence le syndrome post-traumatique décrit par Terr (1991). Cette étude a pris en compte l'évolution développementale des jeunes enfants ayant subis des maltraitements à travers différentes approches :

-développementale : les effets des maltraitements sur le développement moteur, postural, langagier, cognitif, psychoaffectif et social de l'enfant.

-dynamique : l'influence des mécanismes défensifs utilisés par l'enfant pour se construire psychiquement dans une perspective de mise en place des stratégies d'adaptation sociale.

-culturelle : la représentation du bébé et l'analyse de certains facteurs pouvant conduire à une maltraitance (conditions socio-culturelles, la méconnaissance de ce qu'est un bébé) et notamment la notion d'enfant singulier (handicapé, prématuré, albinos, etc. ;.).

-subjective : la représentation du bébé réel durant la grossesse et après la naissance chez la mère, les circonstances de la naissance, pouvant exposer l'enfant à la maltraitance.

Cette dernière approche s'est effectuée auprès des mères volontaires et a été restituée à travers 4 cas cliniques.

2-Problématique de la recherche

L'immaturation psycho-biologique du bébé fait de lui *in facto* un être dépendant de ses parents, et donc à devenir un être exposé. Les remaniements psychiques conscients et inconscients chez la mère [Lebovici et Stoléru, 1983 ; Bydlowski, 1997] la rendent vulnérable dans le lien mère-bébé comme le précise Winnicott (1956). Cette période sensible du post-partum peut venir fragiliser l'économie psychique de la mère notamment lorsque l'écart entre le bébé imaginaire et le bébé réel est trop important (bébé prématuré, handicapé, singulier etc...). Ce qui peut générer des blessures narcissiques, spéculer l'enfant à un statut de persécuteur, et animer un sentiment ambivalent extrême chez la mère entravant sa représentation de l'enfant réel au cours de la grossesse et après la naissance.

C'est la raison pour laquelle, nous avons, au départ, ciblé une population d'enfants de 0-3ans. La fragilité de l'enfant, son absence de parole ou sa difficulté d'expression le rendent vulnérable d'autant qu'il est pris dans les enjeux psychiques parentaux, et la maltraitance qui en découle pourrait être liée à un défaut de représentation de l'enfant réel. Les liens précoces mère-bébé seront alors distordus s'exprimant à travers, l'inadéquation des réponses maternelles aux besoins de l'enfant, l'exposition aux dangers physiques dans les soins, les négligences lourdes, l'absence d'empathie à l'égard du bébé et de reconnaissance de ses émotions. De fait, la mère ne suppose pas son bébé comme un sujet. Les conséquences se manifesteront tant sur le plan développemental que psychique. Le bébé est alors exposé à des traumatismes physiques (risque de handicap ou de mort) mais aussi psychiques dans la mesure où son appareil psychique n'est pas encore mature pour traiter ces agressions externes. Cette effraction psychique est dommageable pour son devenir mental. Ce qui nous a conduits à centrer notre étude sur les effets de ces violences sur le développement de l'enfant pour dégager un syndrome post-traumatique (Terr, 1991) et son impact sur la construction de la personnalité de l'enfant (Rouyer, 2011).

De cette problématique nous avons dégagé 2 hypothèses.

3-Hypothèses de recherche :

- **H1** : Y-a-t-il une différence entre les effets des maltraitances psychologiques incluant les négligences et la cruauté mentale, qui affectent la santé mentale de l'enfant, entraînant des troubles relationnels, d'attachement, de la parole (le mutisme psychogène), des retraits autistiques, voire des pathologies, et ceux des maltraitances physiques qui entravent le développement psycho-moteur, psycho-affectif de l'enfant et peut générer un handicap physique et parfois mental ?
- **H2** : Le tableau clinique de l'enfant maltraité pose-t-il la question d'un syndrome post-traumatique et quel serait son influence sur la construction de la personnalité ?

Ces hypothèses ont été opérationnalisées à l'aide de deux tests complémentaires, investiguant la perspective développementale et projective de l'enfant (Le Brunet – Lézine Révisé, La Mallette Projective de la Première Enfance de Pascal Roman,) et l'observation inspirée de la méthode d'E. Bick a été associée aux tests et à l'entretien clinique avec les mères volontaires.

Cependant, il existe peu d'études réalisées sur le syndrome de stress post-traumatique (et confrontation au réel de la mort) et son lien avec le type de maltraitance et les conséquences. Peu d'études relatent l'incidence de ce syndrome sur le développement de l'enfant maltraité, et sur l'origine de l'exposition de l'enfant au danger qui pourrait être liée à un défaut de représentation de l'enfant in-utero chez la mère. L'origine de cette exposition n'a pas fait l'objet de la recherche mais elle sera évoquée à travers la présentation de 4 cas cliniques.

Pour dégager le syndrome post-traumatique, nous avons tenu compte de trois indicateurs : le type de maltraitance, la fréquence de la violence, et la durée d'exposition de l'enfant dans le temps.

Les études épidémiologiques centrées sur les effets des maltraitances physiques et psychologiques mettent en évidence une interaction permanente entre les deux types de maltraitances et particulièrement l'émergence d'un syndrome post-traumatique. Tenant compte de cette interaction, nous allons, malgré tout, analyser les effets selon le type de maltraitance, puisque la protection judiciaire fait état de cette différence.

3-1- Hypothèses mises à l'épreuve

H1-Existe-t-il une différence entre les effets des maltraitances physiques et ceux des maltraitances psychologiques sur le développement de l'enfant ?

H2-Existe-t-il un syndrome de stress post-traumatique selon les caractéristiques de Terr ? Et comment influence-t-il la santé physique et mentale de l'enfant ?

A travers 4 cas cliniques qui vont illustrer les résultats quantitatifs, nous tenterons d'établir un lien entre la maltraitance et le défaut de représentation de l'enfant réel lors de la grossesse, et après la naissance et les circonstances qui ont entouré la naissance.

4-Présentation de l'échantillon et des terrains de recherche

4-1-La population d'étude

Pour éprouver nos hypothèses, deux groupes d'enfants âgés de 0-3 ans ont été prévus dans le projet. Mais compte tenu que le CHU de Rouen ne nous a pas permis de réaliser la recherche, nous avons reculé l'âge de 6 mois à 3 ans. Ainsi deux groupes d'enfants de cet âge ont été recrutés. Par ailleurs, compte tenu que nous avons eu besoin du consentement libre et éclairé des parents pour mener la recherche auprès des mineurs, notamment des mères plus présentes dans les institutions, nous avons eu l'occasion d'effectuer au moins un entretien avec les mères à cette occasion et qui ont accepté de se livrer sur le vécu de leur grossesse, de la naissance de l'enfant, les circonstances qui ont entouré la naissance, et la maltraitance de leur enfant. Le contenu de ces entretiens a fait l'objet d'une analyse sous la forme d'étude des cas cliniques.

L'échantillon d'étude se présente ainsi :

-Un groupe composé de 20 enfants âgés de 6mois à 3 ans ayant été signalés pour des maltraitances physiques et leur mère, dont un enfant migrant.

-Un groupe composé de 20 enfants âgés de 6 mois à 3 ans ayant été signalés pour des maltraitances psychologiques et leur mère dont 3 enfants migrants.

Au total nous avons 40 enfants comme prévu dans le projet de recherche. Mais, une mère dont l'enfant était suivi dans le cadre de l'assistance éducative en milieu ouvert et qui avait accepté de participer à ce projet, n'a pas ramené l'enfant pour les évaluations. Ainsi l'analyse des résultats porte sur 39 enfants.

Il faut préciser que les enfants ont été recrutés parmi le tout-venant, et que le nombre d'enfants migrants signalés est faible dans notre échantillon. De fait, il a été difficile de faire ressortir le paramètre culturel dans l'analyse.

Pour homogénéiser les groupes, nous avons établi les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

-Inclusion : La parité entre filles et garçons de manière à tenir compte du statut sexué de l'enfant. Cette parité, difficile à mettre en place, n'a pu constituer un critère pertinent dans l'analyse des résultats. Il en est de même pour les paramètres socio-culturels intégrant la culture régionale, et les enfants migrants. En effet, les enfants issus de culture régionale sont pour la plupart issus des milieux ouvriers, ruraux et défavorisés ; nous n'avons eu que 4 enfants migrants parmi notre population d'étude. Tous les enfants ont été recrutés dans les institutions.

-Exclusion : Le critère d'exclusion a consisté à ne pas prendre en compte les enfants qui présentaient un handicap trop lourd peu accessibles aux tests et les parents souffrant d'un trouble psychiatrique grave, ne pouvant consentir à la participation de leur enfant à l'étude en raison de l'altération de leur jugement.

4-2-Lieux de recueil des données

En effet, parmi tous les lieux qui avaient donné leur accord pour participer à la recherche tels que le service de pédiatrie du C.H.U de Rouen, le service de P.M.I de la région rouennaise, la pouponnière du Belvédère à Mont-Saint-Aignan, le service de pédiatrie et le service de PMI se sont désistés. Ce qui a réorienté le projet en reculant l'âge des enfants (passant de 0-3 ans à 6 mois-3 ans) et en recrutant dans d'autres institutions.

5- Principes éthiques et déontologiques

Une insertion progressive a été suivie du recrutement de la population tout en respectant les principes éthiques et déontologiques de la recherche. Afin de répondre aux critères éthiques et déontologiques de la recherche, nous tenions à préciser que les protocoles ont été pensés en adéquation avec la loi Huriet de 1988 (révisée en 2002, 2004, 2006), notamment par l'extension de la loi Huriet par la loi Jardé (2012).

Ainsi, nos protocoles de recherches non-interventionnelles mais observationnelles, tout en tenant compte des pratiques en vigueur dans l'institution (observation, tests de développement), respectent les principes d'anonymisation, de confidentialité et de conservation des informations recueillies. Le comité de Protection de Personne régional qui avait déjà donné son accord en 2014 pour le projet de recherche soumis en 2013 au Grand réseau de Recherche de Haute Normandie sur ce thème nous a permis de ne pas resoumettre ce projet au CPP.

Nous avons considéré que cet accord fut implicite avec le CPP obtenu en 2014 ; car toute nouvelle demande de CPP risquait de prendre du temps pour l'étude du dossier et aurait retardé la mise en route de la recherche alors qu'il y avait des échéances à respecter.

6- Méthodologies

Cette phase a consisté à faire passer les deux tests, le Brunet-Lézine Révisé et la Mallette Projective de la Première Enfance aux enfants ; ces tests sont présentés dans la partie II de l'annexe (II.2). L'observation de type Esther Bick (Voir annexe II.3) pratiquée, aussi bien dans la phase exploratoire pour élaborer une grille d'observation conformément à nos hypothèses, mais aussi tout au long de la recherche, a été privilégiée. L'analyse a été intégrée avec celle des deux tests. Comme le note Ciccone (1998, p. 33-34), l'observation clinique permet de repérer «la socialité, les interactions, les interrelations » et « surtout l'intériorité du sujet, sa subjectivité ». Au regard du fait qu'il n'existe pas encore d'outils permettant d'évaluer le syndrome de l'enfant maltraité et compte tenu qu'il s'agisse de très jeunes enfants, il y a peu de méthodes d'évaluation qui permettent de répondre à notre problématique. Néanmoins, tous les outils présentés plus amplement en annexe II ont été

choisis en raison de leur pertinence pour répondre aux hypothèses mises à l'épreuve dans cette étude.

En effet, afin de mettre à l'épreuve l'hypothèse H1, nous avons sélectionné le test de Brunet-Lézine Révisé qui permet d'obtenir des quotients globaux et partiels sur les sphères cognitives et motrices, et celui de la Mallette Projective Première Enfance (Roman, 2004) qui est l'outil privilégié pour obtenir dès 6 mois, des profils psycho-dynamiques (avec les processus défensifs prépondérants selon le type de maltraitance subie). Ce test se centre sur la sphère psycho-affective avec notamment les troubles relationnels, d'attachement, des difficultés langagières. L'intérêt d'utiliser ces deux tests est justifié par leur complémentarité « ne pas proposer une épreuve pas trop redondante avec l'épreuve d'efficiency intellectuelle de Brunet-Lézine (particulièrement pertinente pour les très jeunes enfants), avec laquelle la M.P.P.E peut être associée, dans la perspective du croisement de données issues de champs d'investigation différents, dans le registre développemental d'une part, et psycho-dynamique d'autre part » (Roman, 2005 : 235). La conjugaison de ces deux tests nous a permis de répondre à l'hypothèse H2 sur l'hypothétique émergence d'un syndrome Post-Traumatique.

La cotation des deux tests a été pratiquée après chaque passation.

Pour tenter d'établir un lien entre le défaut de représentation de l'enfant réel durant la grossesse et la maltraitance, nous avons pratiqué l'entretien clinique semi-directif à visée de recherche à l'aide d'un guide d'entretien (voir annexe II.4), auprès des 39 mères volontaires ; les résultats quantitatifs ont été illustrés à travers 4 cas cliniques montrant la représentation de l'enfant réel chez la mère et la place de l'enfant dans le couple.

6-1- Méthodes d'analyse des résultats

L'analyse des résultats s'est effectuée d'une manière qualitative et quantitative à l'aide de tests statistiques non-paramétriques pour analyser et comparer les différences existantes entre les deux types de maltraitements (physique Vs psychologique) et les différences existantes à l'intérieur de chacun des deux grands types de maltraitements. Ces tests avaient pour but de montrer si les différences inter-groupes et intra-groupes étaient significatives ou si elles étaient seulement dues au hasard. Une statisticienne chargée d'étude à l'université de Rouen a prêté ses compétences pour l'analyse comparative des résultats. L'analyse des contenus des entretiens avec les mères obéissait aux thèmes abordés. Au cours de cette phase, la bibliographie a été complétée à travers une mise à jour.

Et enfin, cette phase a été consacrée à la rédaction du rapport final.

7-Déroulement de la recherche

La première phase de la recherche

Cette phase a consisté à prendre contact avec les différentes institutions pour établir une convention entre l'université et les lieux de recueil des données. Après l'établissement de cette convention au dernier trimestre 2014 les équipes des différents lieux d'accueil ont souhaité rediscuter du projet de recherche. C'est alors que les médecins du CHU de Rouen ont refusé à un psychologue non médecin d'accéder aux dossiers médicaux, y compris par la transmission orale. Ce qui nous a conduits à réorienter les lieux de recueil des données. Par ailleurs les centres de PMI rouennais étant en restructuration n'ont pas été disponibles, et la résistance des médecins n'a pas favorisé leur accès.

Nous avons alors trouvé d'autres lieux de recueil de données sans changer le projet d'étude, mais en adaptant les âges des enfants.

Nous avons alors étendu notre recrutement dans la pouponnière du Havre, dans les centres de protection judiciaire de l'enfance de Dieppe (PJJ), et de Paris (OSE, soit 3 enfants), la pouponnière d'Evreux, les placements familiaux de l'ASE de Rouen avec le soutien de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance.

La deuxième phase de la recherche

Elle a été caractérisée par une immersion dans la vie institutionnelle pour s'intégrer dans les équipes, se familiariser avec les enfants et leurs parents.

Nous avons présenté le projet aux mères et expliqué ses buts, quant à la diffusion des résultats (anonymisés), des modalités particulières de surveillance et de précaution prévues dans le protocole et surtout de leur droit inaltérable de retrait de la participation de leur enfant ou de la leur. Nous leur avons fait signer un consentement libre et éclairé en tant que représentantes des mineurs impliqués et pour elles lorsqu'elles avaient accepté de participer à l'entretien.

Durant cette phase, nous avons commencé à dépouiller les données anamnestiques des enfants à travers l'étude de leur dossier, selon une grille thématique (voir annexe II.1). Ces données nous ont permis d'étudier le type de maltraitance signalé à la justice ou à l'ASE, sa durée, le parcours institutionnel de ces enfants, ainsi que les mesures de protection de l'enfance impliquées.

IV- RESULTATS

1-Présentation des résultats

Dans ce projet final, nous avons analysé les résultats de 39 enfants sur 40 rencontrés, soit 18 enfants maltraités physiquement et 21 enfants maltraités psychologiquement. Concernant les 40 mères, une mère n'a pas présenté l'enfant après avoir signé l'accord. Ainsi, sur 39 dyades impliquées, 37 sont des dyades familiales.

Pour procéder à l'analyse comparative des deux types de maltraitance (physique et psychologique) et de leurs effets sur le développement de l'enfant, nous avons établi deux groupes dont le premier est constitué de 21 enfants (Enfant 1-G-N à enfant 21-G-N) qui relèvent de la maltraitance psychologique et leur mère et 18 enfants (Enfant 22-F-P à enfant 39-G-P) qui ont été maltraités physiquement et leur mère. Ils ont tous entre 6 mois et 3 ans. Parmi les 39 enfants, 36 ont été recrutés dans la région normande et sont issus de familles rurales et de milieu ouvrier mais assez défavorisées. Tandis que les 3 autres ont été recrutés à Paris dans le cadre du milieu ouvert et sont issus de parents cadres. Avant de présenter les résultats obtenus et conformément aux principes éthiques et déontologiques de la recherche, chaque sujet a vu son nom anonymisé et référé à un code selon la logique suivante :

- Un numéro attribué au hasard entre 1 et 21 pour les enfants ayant été maltraités psychologiquement et un numéro attribué au hasard de 22 à 39 pour les enfants

maltraités physiquement. Puis nous avons ajouté le genre de l'enfant : F, si c'est une fille ou G si l'enfant est un garçon ainsi que le type de maltraitance : P pour la maltraitance physique et N pour la maltraitance psychologique-négligence. Ainsi, le premier enfant Garçon, du groupe des maltraitements psychologiques, est nommé : Enfant-1-G-N et sa mère Mère 1-G-N.

Le tableau ci-dessous présente les enfants (et leur mère) qui ont participé à l'étude pour l'analyse des résultats du rapport final.

Tableau descriptif de l'échantillon des enfants et des mères par type de maltraitance				
Enfant Code	Age (Mois, Jour)	Maltraitements	Mère Code	Age de la mère
Enfant 1-G-N	25 mois et 5 jours	Maltraitements Psychologique et Négligence	Mère 1-G-N	23 ans
Enfant 2-F-N	19 mois et 1 jours		Mère 2-F-N	34 ans
Enfant 3-G-N	26 mois et 12 jours		Mère 3-G-N	34 ans
Enfant 4-F-N	9mois		Mère 4-F-N	22 ans
Enfant 5-G-N	22 mois et 13 jours		Mère 5-G-N	21 ans
Enfant 6-G-N	14 mois et 25 jours		Mère 6-G-N	30 ans
Enfant 7-F-N	23 mois et 22 jours		Mère 7-F-N	28 ans
Enfant 8-G-N	26 mois		Mère 8-G-N	31 ans
Enfant 9-F-N	22 mois et 24 jours		Mère 9-F-N	43 ans
Enfant 10-F-N	9 mois et 14 jours		Mère 10-F-N	41 ans
Enfant 11-G-N	17 mois et 18 jours		Mère 11-G-N	30 ans
Enfant 12-G-N	10 mois et 5 jours		Mère 12-G-N	26 ans
Enfant 13-G-N	7 mois et 4 jours		Mère 13-G-N	38 ans
Enfant 14-G-N	28 mois et 7 jours		Mère 14-G-N	35 ans
Enfant 15-F-N	28 mois et 7 jours		Mère 15-F-N	35 ans
Enfant 16-F-N	20 mois et 5 jours		Mère 16-F-N	45 ans
Enfant 17-F-N	15 mois et 16 jours		Mère 17-F-N	23 ans
Enfant 18-F-N	14 mois et 12 jours		Mère 18-F-N	14 ans
Enfant 19-G-N	30 mois et 8 jours		Mère 19-G-N	35 ans
Enfant 20-F-N	16 mois		Mère 20-F-N	21 ans
Enfant 21-G-N	19 mois et 24 jours		Mère 21-G-N	25 ans
Enfant 22-F-P	29 mois et 6 jours	Maltraitements Physique	Mère 22-F-P	24 ans
Enfant 23-G-P	20 mois		Mère 23-G-P	34 ans
Enfant 24-F-P	15 mois et 12 jours		Mère 24-F-P	Refus entretien
Enfant 25-G-P	9 mois 5 jours		Mère 25-G-P	20 ans
Enfant 26-G-P	19 mois et 19 jours		Mère 26-G-P	30 ans
Enfant 27-G-P	8 mois et 28 jours		Mère 27-G-P	31 ans
Enfant 28-F-P	15 mois et 8 jours		Mère 28-F-P	20 ans
Enfant 29-G-P	16 mois et 23 jours		Mère 29-G-P	27 ans
Enfant 30-G-P	45 mois et 9 jours		Mère 30-G-P	NSP
Enfant 31-G-P	25 mois et 23 jours		Mère 31-G-P	38 ans
Enfant 32-G-P	25 mois et 26 jours		Mère 32-G-P	20 ans
Enfant 33-F-P	12 mois et 16 jours		Mère 33-F-P	18
Enfant 34-G-P	6 mois et 9 jours		Mère 34-G-P	27
Enfant 35-F-P	8 mois et 28 jours		Mère 35-F-P	24 ans
Enfant 36-G-P	7 mois et 5 jours		Mère 36-G-P	30 ans
Enfant 37-G-P	21 mois et 20 jours		Mère 37-G-P	38 ans
Enfant 38-G-P	6 mois et 16 jours		Mère 38-G-P	33 ans
Enfant 39-G-P	19 mois et 24 jours		Mère 39-G-P	24 ans
Enfant 40-G-P	Non Présentation		Mère 40-G-P	23 ans

Avant d'analyser les résultats, nous avons comparé les âges des enfants constituant nos deux groupes, afin de pouvoir limiter les biais inhérents aux différences d'âges. Nous avons représenté graphiquement les âges des enfants à l'aide d'un histogramme pour tester la normalité de nos deux groupes (voir annexe III.1) puis effectué le test de normalité de Shapiro-Wilk [enfants maltraités psychologiquement ($p = 0.54406$) (normal), et enfants maltraités physiquement ($p = 0.02776$) (pas normal)]. Grâce aux tests non-paramétriques de Mann & Whitney (voir annexe III-2), la différence entre les deux groupes n'est pas

significative ($p = 0.213$), les deux groupes étant homogènes, en termes d'âges, peuvent alors être comparés.

2-L'analyse des dossiers des enfants

2-1-Analyse des résultats du parcours institutionnel de notre échantillon global

Pour analyser le parcours institutionnel de notre échantillon global, nous avons pris en compte l'âge (en mois) où l'enfant a été repéré par la protection de l'enfance (par le biais d'une mesure, d'un écrit), l'âge (en mois) où intervient son placement, et le délai (en mois) existant entre le moment du repérage et le placement. Le but est de dégager, pour notre échantillon global, à travers l'écart qui sépare le repérage et le placement, l'efficacité du système de protection des enfants de cette tranche d'âge. Dans un deuxième temps, nous avons effectué la même analyse par groupe pour tenter de mettre en évidence lequel type de maltraitance suscite la protection précoce. Dans un troisième temps, une analyse inter-groupe avait pour but de montrer si l'écart (repérage et placement) varie avec le type de maltraitance. Le tableau (voir annexe III.3) présente pour chaque enfant, l'âge (en mois) auquel il a été repéré, placé et le délai existant entre les deux.

Nous pouvons constater, à partir de l'analyse de l'échantillon global, une certaine disparité au niveau cet écart, allant du signalement dès la naissance comme l'enfant 3-G-N à 44 mois de vie pour l'enfant-30-G-P. Bien que la moyenne soit impactée par les valeurs fortes, celle-ci s'élève à 6 mois. Malgré la large dispersion, les enfants seraient repérés en moyenne à 6 mois. Pour affiner notre interprétation, nous avons analysé les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} Quartile de l'âge auquel l'enfant est repéré. Nous pouvons dire que 25% des enfants sont repérés avant l'âge de 1 mois, 50% sont repérés avant l'âge de 3 mois (comme l'indique le 2^{ème} Quartile et la médiane) et 75% des enfants avant 8 mois (selon le 3^{ème} quartile). Ces résultats montrent, de manière plus fine, que les enfants sont majoritairement repérés à un âge très précoce (en dessous de 10 mois).

Concernant l'âge moyen de placement de notre échantillon, celui-ci se situe à 12 mois mais l'écart entre les âges sélectionnés est très important, allant de 0 mois (14-G-N) à 45 mois (enfant-30-G-P). En effectuant le même calcul de la proportion de notre échantillon à l'aide des quartiles, nous constatons que 25% des enfants de notre échantillon ont été placés avant l'âge de 3 mois, 50 % avant l'âge 10 mois et demi et 75% avant l'âge de 18 mois. Nous pouvons donc noter une certaine différence entre l'âge auquel la majorité des enfants sont repérés (moins de 8 mois) et l'âge auquel la majorité des enfants sont placés (moins de 18 mois).

L'écart entre le signalement et la prise de décision de placement de ces jeunes enfants qui est tardive peut expliquer leur sur-exposition aux maltraitances.

Enfin, le délai moyen (entre le repérage et le placement) pour notre échantillon global se situe à 6 mois, allant d'un délai inexistant (comme l'enfant 11-G-N) à 32 mois (enfants 39-G-P). L'analyse de la proportion des quartiles montre que pour 25% des enfants de notre échantillon le placement est immédiat après le premier signalement, pour 50% le délai n'excède pas 2.5 mois et pour 75 % de notre échantillon le délai n'excède pas 8 mois. Ces résultats témoignent, notamment pour la moitié de notre échantillon (50%), d'une action précoce et rapide (moins de 3 mois) entre le premier signalement et le placement.

2-2-Analyse des résultats du parcours institutionnel des enfants maltraités psychologiquement.

Nous pouvons voir qu'en moyenne, le premier écrit intervient vers l'âge de 5 mois : 25% de nos sujets de notre groupe ont bénéficié d'un premier repérage avant l'âge de 1 mois, 50 % avant 3 mois et enfin 75 % avant 10 mois. Ce repérage très précoce rejoint celui de la majorité de notre échantillon.

Concernant l'âge du placement de ces enfants, ils sont en moyenne placés vers l'âge de 11 mois. En regardant de plus près, 25% de notre échantillon ont été placés avant l'âge de 6 mois, 50 % avant l'âge de 11 mois, et 75% avant 18 mois. Le délai moyen existant entre le premier repérage et le placement est de 6 mois. L'analyse de la proportion montre que 25% ont eu un délai inférieur à 1 mois, 50 % avant 5 mois et 75% avant 10 mois. Les résultats montrent que parmi les enfants négligés, les enfants plus jeunes qui sont pour la première fois repérés par le système de la protection de l'enfance ne sont pas ceux qui sont le plus

rapidement placés, comme l'enfant 3-G-N et 6-G-N ; ces deux enfants vivent avec une mère qui est dans l'incapacité de prendre soin d'eux. Si le repérage s'effectue très tôt, (parfois dès la naissance) notamment par l'observation des professionnels qui détectent chez la mère une inadéquation de ses réponses aux besoins de l'enfant, force est de constater que le placement intervient seulement lorsque la mère doit se faire hospitaliser ou effectue, elle-même, une demande de placement. Ce qui interroge la notion de prévention. Les cas de négligence sont repérés plus tard (vers 10 mois), mais lorsque les professionnels notent le risque que la négligence bascule dans la maltraitance physique ou sexuelle, le placement intervient presque immédiatement, comme dans le cas des enfants 2-F-N, 4-F-N, 7-F-N et 10-F-N. Nous remarquons que ces cas concernent essentiellement les bébés filles. A l'inverse, les enfants qui sont placés les plus tard et dont le délai est le plus long sont les enfants 1-G-N, 3-G-N et 5-G-N, soit des garçons. Faut-il en déduire que le sexe du jeune enfant influe sur l'écart entre le repérage et le placement ?

2-3-Analyse des résultats du parcours institutionnel des enfants maltraités physiquement

L'âge moyen auquel les enfants maltraités physiquement sont repérés se situe à 7 mois et demi. Parmi les âges des enfants, des différences sont importantes, allant de 1 à 44 mois. Le calcul des quartiles permet de limiter l'influence de ces notes extrêmes. 25 % de notre échantillon ont été repérés avant 2 mois, 50 % avant 4 mois, 75% avant 6 mois et demi. Le repérage de la maltraitance physique est plus précoce à cause des traces.

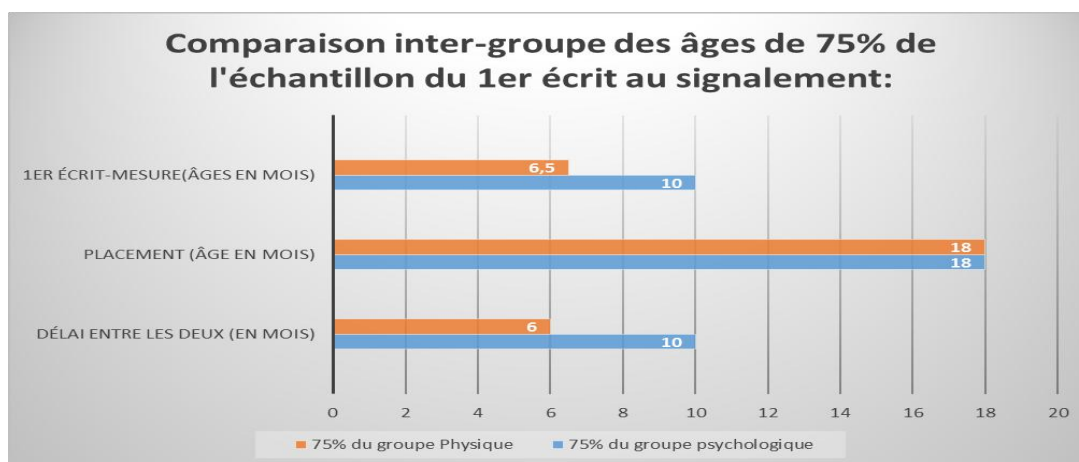
Concernant le placement, l'âge moyen pour ce groupe se situe à 13 mois. La même méthode de calcul utilisée montre que 25% des enfants ont été placés avant 3 mois et demi, 50% avant 8 mois et 75% avant 18 mois.

L'écart moyen entre le premier écrit et le placement se situe, pour les enfants maltraités physiquement, à 5 mois mais avec une variance : pour 25% du groupe, le délai se situe avant 1 mois, pour 50% avant les deux mois, 75 % avant les 6 mois. Il est intéressant de noter que les enfants 25-G-P, 27-G-P, 32-G-P, etc, sont de très jeunes enfants de sexe masculin, vite repérés et vite placés, notamment à cause des coups visibles et constatés sur leur corps. Et les enfants dont le repérage est le plus avancé en âge sont aussi ceux qui sont le plus vite placés, à cause du danger encouru.

Si nous nous intéressons, par exemple, au syndrome du bébé secoué, l'enfant 25-G-P (repéré et placé à 4 mois), l'enfant 29-G-P (repéré à 5 mois et placé à 13 mois) et l'enfant 40-G-P (repéré à 7 mois), ils sont tous des garçons, repérés très jeunes et à des âges similaires. Il est intéressant de constater que contrairement aux autres situations, l'enfant 29-G-P et 40-G-P sont les seuls de la cohorte à n'avoir pas été placés parce que leurs parents pouvaient élaborer, laissant penser à un acte isolé.

2-4-Analyse comparative du parcours institutionnel entre les deux groupes d'enfants

De ces résultats descriptifs nous voulons en dégager des comparaisons sur les mêmes critères tels que le montre le diagramme suivant qui compare l'âge en mois, de 75 % de l'échantillon des enfants des deux groupes lorsqu'ils sont repérés par le système de protection de l'enfance, placés, et le délai (en mois) existant entre ces deux temps.



Les résultats montrent, qu'en moyenne, les enfants maltraités physiquement et les enfants négligés sont placés au même âge. Néanmoins, pour les 75 % des deux échantillons respectifs, les enfants du groupe des maltraitances physiques sont repérés plus tôt (à 6 mois et demi) comparativement à ceux du groupe maltraité psychologiquement (10 mois en arrondissant). Comparativement aux enfants maltraités psychologiquement, la majorité des enfants maltraités physiquement sont repérés 3 mois et demi plus tôt que les enfants maltraités psychologiquement. En ce qui concerne le délai entre le repérage et le placement, il ressort qu'en moyenne, le délai est pratiquement deux fois plus longs pour les enfants négligés (délai fixé à 10 mois) que enfants maltraités physiquement (6 mois). De ces résultats,

nous pouvons en déduire que les enfants maltraités physiquement sont repérés plus tôt (la majorité de notre échantillon des enfants maltraités physiquement sont repérés 4 mois avant les enfants maltraités psychologiquement).

Si les enfants maltraités physiquement sont repérés plus tôt, ils devraient être placés plus tôt. Or, un des résultats intéressants qui ressort est que l'âge auquel les enfants des deux groupes sont placés est strictement le même. Serait-ce peut-être le caractère vital de la situation de l'enfant qui entrainerait une accélération de la procédure et une diminution du délai entre le 1^{er} repérage et le placement des enfants maltraités physiquement ?

Ces résultats semblent rejoindre la pensée commune mais ils sont à pondérer à cause des situations des enfants maltraités psychologiquement dont l'histoire peut évoquer l'éventualité d'une poly-victimisation impliquant d'autres types de maltraitance, notamment physique et sexuelle, qui tendent à atténuer le délai entre les premiers signalements et le placement. En effet, le délai entre les deux mesures (repérage et placement) s'établit à 75% pour les enfants maltraités physiquement à 6 mois et demi, et à 75% pour les enfants négligés présentant une poly-victimisation entre moins d'un mois et 5 mois. Ce serait la dimension physique au sein des maltraitements psychologiques qui diminuerait le délai entre le premier repérage et le placement [l'enfant 2-F-N : délai de 5 mois comparativement aux 10 mois existant dans 75 % de son groupe, car la présence de cafards, notamment dans la couche de l'enfant, pouvait entraver son développement ; l'enfant 4-F-N : délai de 1 mois comparativement aux 10 mois existant dans 75 % de son groupe, pour non traitement de gale ; l'enfant 7-F-N : délai de 2 mois comparativement aux 10 mois existant dans 75 % de son groupe, placée pour des violences conjugales et décompensation maternelle sur un registre violent, et enfin l'enfant 10-F-N : délai de 15 jours comparativement aux 10 mois existant dans 75 % de son groupe, placée suite à des suspicions de maltraitements physiques et des risques de passage à l'acte sexuel du père sur l'enfant]. Nous remarquons que la variable du genre peut aussi être un facteur diminuant le délai car ces 4 situations concernent des filles.

Nous émettons comme hypothèse clinique, que le fait d'être une fille maltraitée psychologiquement, dont l'histoire familiale évoque le risque d'être victime d'une probable poly-victimisation notamment d'une maltraitance physique (abus sexuel), contribue à diminuer le délai entre le 1er signalement et le placement de l'enfant.

Un autre point qui semble intéressant à être analysé est la disparité des âges retrouvés dans le groupe des enfants maltraités physiquement [3 cas d'enfants : 22-F-P, 30-G-P et 31-G-P, qui se différencient par leurs âges avancés lors du premier repérage, respectivement, 26 mois, 44 mois et 22 mois]. Bien que repérés majoritairement plus tard que les enfants de leur groupe et des enfants de l'autre groupe, le délai entre le premier repérage et le placement est très rapide, voire inexistant. Le dénominateur commun à ces 3 situations pouvant expliquer cette différence par rapport à leur groupe, est l'intervention des forces de l'ordre, suivie d'une hospitalisation et les aveux des parents. Peut-on penser que l'intervention des forces de police au domicile associée au constat de dangers extrêmes auxquels sont exposés les enfants favorise la protection par un placement en urgence ?

Résumé : Les enfants maltraités physiquement sont repérés plus tôt (environ 4 mois avant) que les enfants maltraités psychologiquement qui eux sont repérés plus tard. De même, ces enfants sont victimes d'un délai beaucoup plus long (pratiquement le double) entre le premier repérage et le placement que les enfants maltraités physiquement. Néanmoins, parmi ces enfants maltraités psychologiquement, nous pouvons observer dans certains cas que le délai entre le repérage et le placement est très rapide (à la différence des autres enfants maltraités psychologiquement) et correspond aux enfants à risques d'être victimes d'une poly-victimisation notamment la maltraitance physique et sexuelle qui accélère les procédures et diminue le délai entre le signalement et le placement.

Nous allons présenter l'analyse différentielle des conséquences des maltraitements sur le développement de l'enfant, en partant du plus général au plus spécifique pour les 2 groupes. Nous analyserons d'abord les conséquences des maltraitements physiques à partir des différents scores au Brunet-Lézine (profils développementaux) et à la Mallette Projective Première Enfance (profils psycho-dynamiques) puis, à partir de la même méthode, celles de la maltraitance psychologique pour arriver ensuite à une analyse comparative des conséquences de la maltraitance physique et psychologique, en faisant émerger les caractères spécifiques. La variable socio-culturelle sera prise en compte.

3-Analyse générale : Présentation de l'échantillon général et analyse descriptive.

Nous avons analysé les résultats des différents Quotients de Développement Généraux (QDG) de nos deux groupes, nous permettant de répondre aux spécificités développementales des enfants maltraités notamment à partir de l'analyse des différents Quotients de Développement Partiels (QDP) (Postural, Coordination, Sociabilité, Langage) au Brunet-Lézine Révisé, et de l'analyse des différents Modes de saisies et procédés du jeu à la Mallette Projective Première Enfance. Nous avons comparé les Quotients de Développement Globaux et partiels de tous les enfants pour ensuite comparer les résultats en fonction du type de maltraitance. Par ce biais nous avons analysé la différence entre l'âge réel de l'enfant et l'âge de développement pour tous les enfants afin de mettre en évidence des probables déficits développementaux.

Concernant le développement psycho-affectif de ces enfants, nous avons analysé les scores au MPPE de tous les enfants, les différents modes de saisies aux procédés du jeu, pour ensuite les répartir en fonction du type de maltraitance. Nous avons fait des calculs de fréquence par âge pour comparer avec l'échantillon (population ordinaire du test) de P. Roman afin de faire émerger l'effet de la variable maltraitance sur le développement de l'enfant. Le calcul de la moyenne, de l'écart-type et de la médiane des différents Quotients de Développement et des différents scores au MPPE selon le type de maltraitance visent à mettre en évidence les différences spécifiques liées aux types de maltraitements.

3-1-Les résultats généraux au Brunet-Lézine Révisé pour les deux groupes confondus

Pour pouvoir répondre à la première hypothèse, nous avons comparé les Quotients de Développement de notre échantillon général, soit des 39 enfants, à partir des différents Quotients de Développement Globaux et Partiels. Le tableau 1 représente l'âge réel de l'enfant, ses résultats aux différents Quotients de Développement Partiels et Généraux.

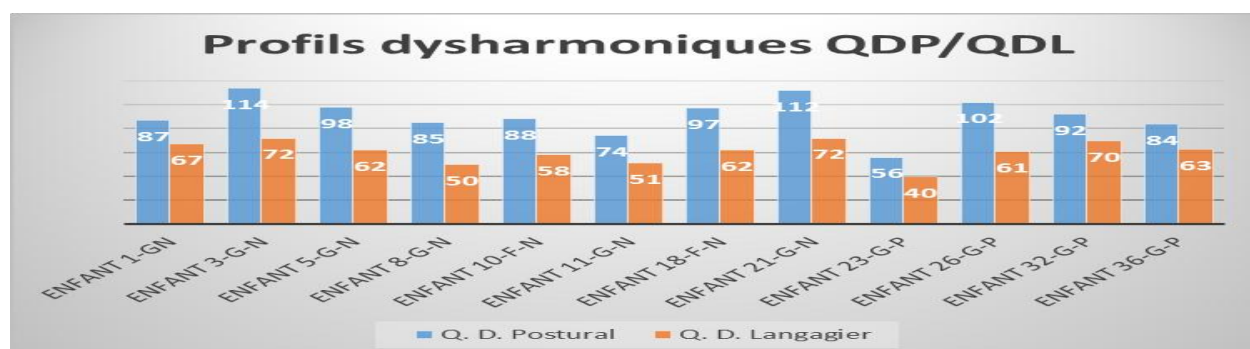
Tableau 1 Comparatif des différents Quotients de Développements des enfants obtenus au Brunet-Lézine par types de maltraitance :

Tableau 1. Comparatif des différents Quotients de Développements des enfants obtenus au Brunet-Lézine par types de maltraitance.							
Enfant Code	Age (Mois, Jour)	Maltraitemances	Q. D. Postural	D Coordinatif	Q. D Langage	Q. D Sociabilité	Q. D Général
Enfant 1-G-N	25 mois et 5 jours	Maltraitemances	87	85	67	79	79
Enfant 2-F-N	19 mois et 1 jours		81	77	89	73	80
Enfant 3-G-N	26 mois et 12 jours		114	76	72	102	86
Enfant 4-F-N	9mois		81	74	100	89	82
Enfant 5-G-N	22 mois et 13 jours		98	80	62	89	81
Enfant 6-G-N	14 mois et 25 jours		88	86	81	94	86
Enfant 7-F-N	23 mois et 22 jours		93	80	76	101	84
Enfant 8-G-N	26 mois		85	73	50	67	67
Enfant 9-F-N	22 mois et 24 jours		81	88	79	88	84
Enfant 10-F-N	9 mois et 14 jours	Psychologique	88	63	58	63	71
Enfant 11-G-N	17 mois et 18 jours	et	74	65	51	68	65
Enfant 12-G-N	10 mois et 5 jours	Négligence	52	46	44	29	44
Enfant 13-G-N	7 mois et 4 jours		114	110	100	114	110
Enfant 14-G-N	28 mois et 7 jours		85	75	75	85	79
Enfant 15-F-N	28 mois et 7 jours		78	75	74	85	76
Enfant 16-F-N	20 mois et 5 jours		77	80	69	87	77
Enfant 17-F-N	15 mois et 16 jours		106	106	106	109	104
Enfant 18-F-N	14 mois et 12 jours		97	86	62	62	76
Enfant 19-G-N	30 mois et 8 jours		89	71	79	89	81
Enfant 20-F-N	16 mois		75	80	69	87	77
Enfant 21-G-N	19 mois et 24 jours		112	100	72	79	91
Enfant 22-F-P	29 mois et 6 jours	Maltraitemances	92	73	78	92	82
Enfant 23-G-P	20 mois		56	52,5	40	40	50
Enfant 24-F-P	15 mois et 12 jours		84	78	78	91	80
Enfant 25-G-P	9 mois 5 jours		84	81	76	65	78
Enfant 26-G-P	19 mois et 19 jours		102	79	61	86	81
Enfant 27-G-P	8 mois et 28 jours		115	115	115	115	115
Enfant 28-F-P	15 mois et 8 jours		101	89	91	91	92
Enfant 29-G-P	16 mois et 23 jours		77	83	83	101	86
Enfant 30-G-P	45 mois et 9 jours		60	47	53	44	52
Enfant 31-G-P	25 mois et 23 jours	Physique	93	60	66	66	69
Enfant 32-G-P	25 mois et 26 jours		92	73	70	71	76
Enfant 33-F-P	12 mois et 16 jours		80	80	72	76	78
Enfant 34-G-P	6 mois et 9 jours		37	51	56	69	51
Enfant 35-F-P	8 mois et 28 jours		75	75	62	67	72
Enfant 36-G-P	7 mois et 5 jours		84	65	63	65	70
Enfant 37-G-P	21 mois et 20 jours		55	83	92	64	76
Enfant 38-G-P	6 mois et 16 jours		76	53	69	61	63
Enfant 39-G-P	19 mois et 24 jours		80	69	74	80	75

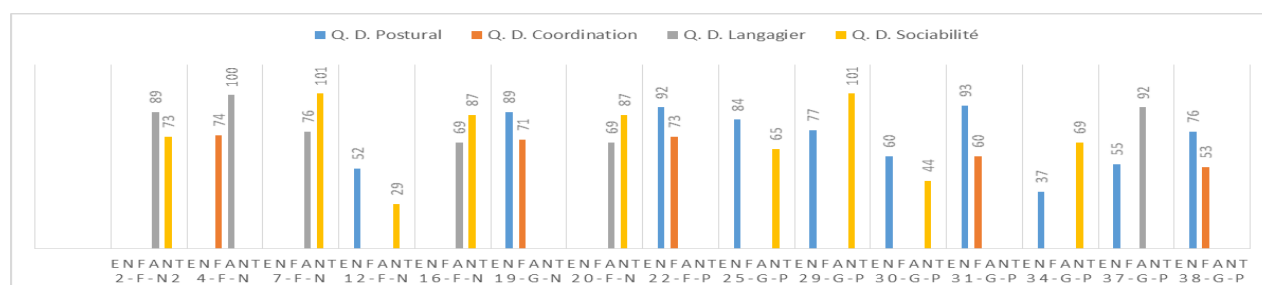
L'analyse des Quotients de développement globaux montre que sur 39 enfants, 8 obtiennent un Quotient de développement dans la norme (entre 85 et 115), dont 5 dans la norme basse (QDG à 86 à 91) et 1 dans les normes moyennes (104) et 2 dans la norme haute (110 et 115). Concernant les Q.D. Globaux en dessous de la norme, 23 enfants ont des profils développementaux à risques car en dessous de la norme (en dessous de 85) et 8 enfants présentent un retard développemental général important (QDG en dessous de 70, de 44 à 67). En prenant en compte cette large dispersion, notamment du plus bas QDG à 44 au plus haut à 115, le QD moyen de notre échantillon global est à 78 avec un écart-type fixé à 14.

3-2- Une différence significative entre le Postural et le Langagier

27 cas sur 39 présentent des profils hétérogènes, soit présentant une différence supérieure de 15 points entre deux Q.D. Partiels. L'hétérogénéité des profils s'observe dans 12 cas sur 27, au profit du Quotient de Développement Postural et au détriment du Langagier. Le diagramme suivant montre les profils développementaux dysharmoniques au profit du Postural et au détriment du Langagier :



Parmi les 15 enfants restants sur les 27 profils hétérogènes, 4 sont au profit du postural et au détriment de la coordination, 3 au profit du postural mais au détriment de la sociabilité, 3 au profit de la Sociabilité au détriment du langage, 2 au profit de la Sociabilité au détriment du postural, 1 au profit du langage et au détriment du postural, 1 au détriment de la Sociabilité au profit du langagier et enfin 1 au profit du langagier mais au détriment de la coordination.



Au-delà des critères d'hétérogénéités, nous pouvons observer, à partir du tableau de la répartition ci-dessus, que parmi l'ensemble des enfants, dans 32 cas sur 39, le Quotient de Développement Postural est supérieur à celui Langagier qui reste majoritairement le plus bas comparativement aux autres QDP. Enfin, parmi l'ensemble des enfants des deux groupes, 19 présentent un Quotient de Développement Postural dans la norme, soit un QDP à 100 dont 6 dans la norme basse (proche de 85) et 5 dans la norme haute (jusqu'à 115), 8 dans la norme moyenne (près de 100). Parmi les 20 restants, 15 présentent une faiblesse développementale (entre 70 et 85) et 5 des retards dans l'acquisition posturale très importante.

De même, 19 enfants ont un Quotient de Développement Sociabilité dans la norme, et parmi les 20 autres enfants, 6 ont un retard (71 à 80), 14 ont de grands retards (entre 29 à 67). La moyenne de notre échantillon est à 79 soit en dessous de la norme.

Sur 39 enfants, 9 seulement ont un Q.D Coordination dans la norme. Parmi les 30 restants, 20 ont un retard de la coordination (de 71 à 83) et 10 ont des retards très importants (de 46 à 69). La moyenne de notre échantillon est à 76, très proche des retards dans l'acquisition.

Enfin, concernant le Quotient de Développement Langagier, seulement 7 présentent un QDL dans la norme dont 3 dans la norme basse (89, 91 et 92), 2 dans la norme moyenne (100) et 2 dans la norme supérieur (106 et 115). Parmi les 32 restants, 15 présentent pour ce Q.D un retard assez important (70 à 83) et 17 des retards majeurs et inquiétants de l'acquisition langagière (40 à 69). La moyenne au Q.D.L de notre échantillon est très basse, se situant à 73, très proche des retards des acquisitions majeures.

Compte tenu que la majorité des profils sont hétérogènes, nous ne pouvons pas interpréter le Quotient de Développement Général, fortement impacté par ces écarts. Même si on ne peut pas rendre compte de manière globale du développement de l'enfant maltraité, cette hétérogénéité, qui vient témoigner d'un développement dysharmonique, soutient l'existence d'une souffrance et d'une grande fragilité psychique chez ces enfants. En effet, aux regards de ces résultats globaux, on pouvait faire un lien avec ceux de Castellani, Ninoreille, Berger et Perrin, (2011, 2015) qui ont utilisé depuis de longues années le test de Brunet-Lézine et qui pointaient l'importance de l'observation pour appréhender les défenses psychiques mises en œuvre par les enfants placés dans les pouponnières pour compléter ce test. Ce que le test de la Mallette Projective Première Enfance propose et que nous avons utilisé pour compléter le Brunet Lézine dans une perspective psycho-dynamique en plus de l'observation. Nos résultats obtenus à l'aide du Brunet-Lézine concordent avec ceux précédemment cités par ces auteurs qui ont analysé la corrélation entre le score au quotient de

développement, le taux de cortisol dans la salive et les interactions mères enfants chez 180 enfants âgés de moins de 3 ans répartis en 5 groupes. Ces 5 groupes étaient répartis comme suivant : le groupe 1 (N = 30) situations de risques très important pour la santé de l'enfant, le groupe 2 (N = 30) population à risque potentiel et troubles de la parentalité, le groupe 3 (N = 60) groupe contrôle vivant chez les parents et sans conflit apparent, le groupe 4 (N= 30) en pouponnières sociales, le groupe 5 (N= 30) en crèche à la journée à raison d'au moins 2 jours et demie. Chaque enfant s'est vu prélevé du cortisol salivaire à deux reprises, le premier à heure variable et le second à heure fixe pour tous les enfants. Il en résulte qu'aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée pour le taux de cortisol et le quotient de développement pour les groupes 1 et 2 notamment du fait du faible effectif. Néanmoins, Castellani et al., (2011, 2015) trouvent que les enfants du groupe témoin ont un quotient de développement supérieur à celui des autres groupes et le groupe 1 a obtenu les QD les plus bas, y compris par rapport aux enfants des pouponnières (qui ont été victimes du même risque) mais qui ont pu recouvrir partiellement leur niveau de développement. Néanmoins « les enfants vivant dans les familles A et B et en pouponnière présentent une dysharmonie de développement au sens où leur QD postural est supérieur de 15 points par rapport aux autres Q.D partiels (sociabilité, coordination oculomotrice, langage). Un tel écart peut être mis en lien avec les mécanismes de défense classiquement repérés dans ces contextes cliniques : hyper-vigilance, hyperactivité, tentative de maîtriser la discontinuité et l'imprévisibilité de l'environnement en développant une indépendance motrice précoce » (Ibid, 2011).

Toujours dans la perspective de dégager les profils dans les deux groupes, nous avons analysé les scores obtenus de tous les enfants à la Mallette Projective Première Enfance.

3-3-Les résultats généraux à la Mallette Projective Première Enfance pour les deux groupes confondus

Conformément aux normes établies dans le manuel de la Mallette Projective Première Enfance, nous avons constitué un tableau récapitulatif (N°2- à la page suivante) de notre échantillon comprenant le nombre de choix des objets utilisés lors de la passation, l'occurrence des différents modes de saisies, et les cotations des différents procédés du jeu. Ce tableau récapitulatif nous a conduit à nous baser sur les chiffres obtenus par Pascal Roman lors de l'étalonnage de son test avec une population ordinaire recrutée dans les crèches, les haltes garderies et les écoles maternelles pour comparer, dans un deuxième temps, les modes de saisies (Annexes III. 4) et les procédés de jeu (Annexes III. 5) avec ceux de notre échantillon.

Tableau 2 Comparatifs des modes de saisies et procédés du jeu à la Mallette Projective Première Enfance par types de maltraitance

Enfants	Nbre choix	Contact	Manipulation	Association	Mise Scène	TOTAL	HJ Total	SM Total	RC Total	RE Total	EI Total	IF Total	OC Total	TOTAL
Maltraitance psychologique et négligence														
Enfant 1-GN	14	9	6	7	0	22	7	54	12	2	1	0	9	85,00
Enfant 2-F-N2	8	8	6	3	0	17	13	60	35	1	5	0	9	123,00
Enfant 3-G-N	14	5	5	9	3	22	8	30	11	5	3	1	7	65,00
Enfant 4-F-N	9	9	2	4	0	15	1	27	6	0	2	0	6	42,00
Enfant 5-G-N	11	10	6	0	0	16	15	48	10	0	2	0	6	81,00
Enfant 6-G-N	9	8	1	4	0	13	5	26	3	0	3	0	3	40,00
Enfant 7-F-N	12	10	3	8	3	24	6	32	22	4	1	7	5	77,00
Enfant 8-G-N	8	8	4	4	1	17	4	42	9	2	2	0	2	61,00
Enfant 9-F-N	10	9	3	4	2	18	7	33	14	7	3	0	2	66,00
Enfant 10-F-N	7	7	1	0	0	8	7	11	4	0	3	0	0	25,00
Enfant 11-G-N	18	16	7	1	0	24	4	103	0	1	2	0	3	113,00
Enfant 12-G-N	1	1	0	0	0	1	1	0	5	0	1	0	0	7,00
Enfant 13-G-N	8	8	2	0	0	10	6	55	11	0	1	0	2	75,00
Enfant 14-G-N	5	4	1	1	0	6	4	23	1	3	0	0	0	31,00
Enfant 15-F-N	9	8	4	3	0	15	5	50	6	1	3	1	12	78,00
Enfant 16-F-N	16	12	7	2	3	24	10	79	21	1	3	6	11	131,00
Enfant 17-F-N	9	7	4	3	0	14	12	74	4	5	2	0	5	102,00
Enfant 18-F-N	17	15	4	2	0	21	7	81	4	2	0	0	5	99,00
Enfant 19-G-N	10	9	5	4	2	20								0,00
Enfant 20-F-N	20	12	7	16	0	35	12	89	12	1	6	0	15	135,00
Enfant 21-G-N	16	13	10	9	0	32	10	68	14	1	1	0	17	111,00
Maltraitance physique														
Enfant 22-F-P	17	10	3	13	4	30	2	48	10	3	3	6	7	79,00
Enfant 23-G-P	23	23	4	2	0	29	4	63	12	0	5	0	10	94,00
Enfant 24-F-P	8	8	2	2	0	12	6	30	12	0	3	0	2	53,00
Enfant 25-G-P	11	10	4	2	0	16	6	41	2	0	2	0	4	55,00
Enfant 26-G-P	5	4	4	0	0	8	9	24	15	4	4	0	4	60,00
Enfant 27-G-P	8	8	5	0	0	13	2	39	1	0	0	0	8	50,00
Enfant 28-F-P	11	11	2	4	3	20	1	37	5	9	5	0	2	59,00
Enfant 29-G-P	9	8	4	6	1	19	13	36	28	2	2	0	6	87,00
Enfant 30-G-P	14	14	6	5	1	26	4	38	8	3	1	0	6	60,00
Enfant 31-G-P	12	12	2	0	0	14	15	37	9	0	3	0	7	71,00
Enfant 32-G-P	15	15	8	10	3	36	3	54	8	5	2	1	5	78,00
Enfant 33-F-P	13	13	3	0	0	16	7	74	8	0	1	1	6	97,00
Enfant 34-G-P	4	4	0	0	0	4	7	14	5	0	0	0	0	26,00
Enfant 35-F-P	3	3	0	0	0	3	6	10	3	0	1	0	1	21,00
Enfant 36-G-P	1	1	1	0	0	2	0	3	0	0	0	0	2	5,00
Enfant 37-G-P	18	14	25	6	1	46	6	62	12	2	4	2	11	99,00
Enfant 38-G-P	2	2	0	0	0	2	12	13	6	0	1	0	0	32,00
Enfant 39-G-P	15	8	8	4	2	22	14	70	16	4	0	3	12	119,00

Procédés : HJ : Hors du Jeu avec le matériel ; SM : Sensori-moteurs traduisant une action dirigée vers le matériel ; RC : recours à la Relation avec le Clinicien ; RE : recours à la Réalité Externe ; EI : recours à l'Evitement et à l'Inhibition ; IF : recours à l'Imaginaire et au Fantasma ; OC : recours à l'Objectivité et au Contrôle.

3-3-1-Les modes de saisies des objets des enfants maltraités par rapport à la norme

Nous avons fait un calcul de fréquence afin d'analyser, par tranche d'âge, les différences existantes entre les différents modes de saisies des objets des enfants qui participent à notre recherche et de comparer, dans un second temps, à la population de Roman afin de dégager notre variable qui est celle de la maltraitance. Par ce biais, nous pouvons comparer les taux des fréquences obtenues à un même âge entre un enfant ordinaire et un enfant ayant été victime de maltraitance. Afin de pouvoir comparer notre population d'étude, nous avons reproduit le calcul de fréquence des modes de saisie des objets en fonction de l'âge de l'enfant.

La comparaison des modes de saisies dans le tableau (Annexe III.4) montre que, comparativement aux enfants ordinaires âgés de 6-11 mois, les enfants maltraités de notre échantillon, utilisent trois fois plus des modes de saisie de contact mais manipulent et associent deux fois moins les objets que le groupe témoin de Roman. Ainsi, nous pourrions en déduire que ces enfants regardent et touchent plus les jouets qu'ils ne les manipulent pour jouer ou les associent à d'autres objets. Ce constat est le même pour la Mise en Scène même si les résultats des enfants ordinaires restent faibles. Ces mêmes résultats peuvent être transposés à la tranche des 12-17 mois excepté pour le mode de saisie Association qui est supérieur à celui des enfants ordinaires.

Les résultats pour les 18-23 mois sont les mêmes que les enfants du premier groupe de sorte qu'ils utilisent plus de procédés de contact mais associent, manipulent et mettent moins en scène que les enfants ordinaires.

Enfin, pour les 24-29 mois, les enfants maltraités utilisent, en terme de fréquence, trois fois plus de procédés Contact, et manipulent deux fois moins les objets que les enfants issus d'une population ordinaire. De plus, ils semblent associer légèrement plus que ceux de l'étude de Roman. Pour le mode de saisie Mise en Scène, notre groupe utilise légèrement moins la Mise En Scène que les enfants de la recherche de Roman. Ce résultat montre, pour les enfants âgés de 24-29 mois, concernant les procédés Association et Mise en scène, que la différence entre les enfants ordinaires et maltraités, dans la manière de saisir les objets, tend à s'estomper.

En résumé, il semble que dans notre échantillon les enfants de 6-11 mois, utilisent plus le Contact, puis la Manipulation, puis l'Association et ne mettent pas en Scène les jouets (Roman : Manipulation puis Association puis Contact). La grande différence entre les enfants ordinaires et les enfants maltraités est que ces derniers ont un comportement de jeu typiquement opposé, privilégient le contact, au détriment de la manipulation. Concernant les enfants 12-17 mois, ceux de la recherche utilisent plus le Contact, puis l'association puis la Manipulation et enfin la mise en Scène (Roman : Manipulation, Association, Mise en Scène et Contact). Les enfants de notre recherche touchent beaucoup les jouets et peuvent prendre en main plusieurs jouets simultanément sans véritablement les manipuler et déployer un jeu symbolique. Pour les 18-23 mois, les enfants de la recherche utilisent plus le Contact, la Manipulation puis l'Association et la Mise En Scène (Roman : non différent des premiers mois) et les 24-29 mois, utilisent plus le Contact (mais dans une moindre mesure, les procédés ne sont plus aussi élevés que pour le Contact) puis l'Association puis la Manipulation (deux fois moins que les enfants ordinaires) et enfin la Mise en Scène dont la différence tend à s'amoinrir avec les résultats des enfants ordinaires. En effet, dans l'analyse des procédés du jeu, les enfants maltraités de cet âge (24-29 mois) commencent à mettre en scène certains scénarios lors du jeu et ces scénarios sont majoritairement en lien avec un jeu-traumatique.

3-3-2-Les procédés de jeu des enfants maltraités par rapport à la norme

En faisant une comparaison de fréquence de chacun des procédés du jeu en fonction de l'âge, nous comparons les résultats obtenus par Roman avec ceux des enfants du même âge de notre recherche. Par ce biais nous pouvons comparer la différence des profils défensifs des enfants maltraités par rapport à une norme (Annexe III.5).

Il ressort de cette comparaison qu'à l'âge de 6-11 mois, les enfants maltraités utilisent plus de procédés Hors du Jeu (HJ) et sont 3 fois plus évitant et inhibés (EI) et ont trois fois plus recours à l'objectivité et au contrôle (OC) que le groupe témoin. Mais, ils utilisent moins de procédés Sensori-Moteurs (SM), de recours à la Relation avec le Clinicien (RC), de recours à la Réalité Extérieure (RE). A la différence des enfants ordinaires, on peut observer que les enfants maltraités âgés de 6-11 mois investissent beaucoup moins la situation projective et présentent beaucoup plus de procédés témoignant d'un désengagement.

A 12-17 mois, les résultats montrent que les enfants maltraités ont autant recours aux procédés hors du jeu (HJ) que les enfants ordinaires, utilisent plus de procédés sensori-

moteurs (SM), mais étant pratiquement trois fois plus évitant et inhibés (EI) ont un recours très faible (moitié moins) au clinicien (RC), au profit des procédés d'Objectivité et de Contrôle (OC). De même, ils utilisent moitié moins de recours à la réalité extérieure (RE) au profit d'un recours à l'Imaginaire et au Fantasma (IF).

A 18-23 mois, les résultats se modifient même si nous pouvons observer certaines similitudes. Concernant les changements, nous pouvons observer que les enfants maltraités, utilisent moins de procédés Sensori-Moteurs (SM), ont plus recours à la relation avec le Clinicien (RC). Malgré tout, les enfants maltraités utilisent autant de procédés hors du jeu (HJ) que l'autre groupe, et trois fois moins de procédés témoignant d'un recours à la Réalité Extérieure (RE) au profit d'une prépondérance de procédés témoignant d'un recours à l'Imaginaire et Fantasma (IF). Ils sont toujours trois fois plus Evitant et Inhibés (EI), et ont recours, et ce pratiquement de manière double par rapport à l'autre groupe, aux procédés d'Objectivité et de contrôle (OC).

Enfin, concernant les enfants les plus âgés (24-29 mois), ils utilisent moins de procédés Hors du Jeu (HJ), ont moins recours à Relation avec le Clinicien (RC), moins de Recours à la Réalité Extérieure (RE). Conjointement, ils utilisent plus de procédés Sensori-moteurs (SM) et sont toujours plus Evitant et Inhibés (EI). Néanmoins, ils ont de manière égale aux enfants tout-venant, autant recours à l'Imaginaire et au Fantasma (IF) ainsi qu'à l'Objectivité et au Contrôle (OC).

Résumé : L'analyse de notre échantillon global montre que le Quotient de Développement Général est en dessous de la norme (à 78) et que la majorité des profils développementaux des enfants montre des profils dysharmoniques (différence de plus de 15 points entre différents Q.D. Partiels chez 27/39 enfants) notamment une différence entre le développement Postural au détriment du Langagier (majoritairement le plus faible). De même, à la différence des enfants ordinaires, les résultats montrent que les enfants maltraités rentrent plus en contact avec les jouets qu'ils ne les manipulent, et qu'indépendamment des critères d'âge, les enfants maltraités ont plus recours à des procédés en lien avec l'objectivité et le contrôle, qu'ils ont trois fois plus recours aux procédés relatifs à l'évitement et à l'inhibition, et que majoritairement (à l'exception des enfants de 18-23 mois), ils ont beaucoup moins recours à la relation avec le clinicien.

Après la présentation de l'analyse des résultats aux deux tests de notre échantillon général (39 enfants), nous allons analyser les résultats des enfants en fonction du type de maltraitance. Nous présenterons les résultats obtenus aux deux tests pour les enfants maltraités psychologiquement puis physiquement, puis, nous mettrons en exergue les conséquences spécifiques liées à chaque type de maltraitance.

4- Hypothèse 1 - Les maltraitements psychologiques incluant les négligences et la cruauté mentale, affectent-elles la santé mentale de l'enfant et génèrent-elles des troubles relationnels, d'attachement, de la parole (le mutisme psychogène), des retraits autistiques, voire des pathologies ?

Pour analyser les troubles psycho-développementaux spécifiques aux enfants maltraités psychologiquement, nous avons analysé le Quotient de Développement Général (QDG) ainsi que les 4 quotients de développement partiels (QDP, QDC, QDL, QDS) de ces enfants puis calculer la moyenne, l'écart-type et la médiane de ces 5 QD. Le tableau ci-dessous restitue les principaux résultats obtenus au Brunet-Lézine Révisé pour les enfants maltraités psychologiquement.

Tableau 3- Comparaison des différents Quotients de Développements des enfants maltraités psychologiquement :

Enfant Code	Age (Mois, Jour)	Maltraitements	Q. D. Postural	D Coordinatif	Q. D Langage	Q. D Sociabilité	Q. D Général
Enfant 1-G-N	25 mois et 5 jours	Maltraitements	87	85	67	79	79
Enfant 2-F-N	19 mois et 1 jour		81	77	89	73	80
Enfant 3-G-N	26 mois et 12 jours		114	76	72	102	86
Enfant 4-F-N	9mois		81	74	100	89	82
Enfant 5-G-N	22 mois et 13 jours		98	80	62	89	81
Enfant 6-G-N	14 mois et 25 jours		88	86	81	94	86
Enfant 7-F-N	23 mois et 22 jours		93	80	76	101	84
Enfant 8-G-N	26 mois		85	73	50	67	67
Enfant 9-F-N	22 mois et 24 jours	Psychologique	81	88	79	88	84
Enfant 10-F-N	9 mois et 14 jours		88	63	58	63	71
Enfant 11-G-N	17 mois et 18 jours	et	74	65	51	68	65
Enfant 12-G-N	10 mois et 5 jours	Négligence	52	46	44	29	44
Enfant 13-G-N	7 mois et 4 jours		114	110	100	114	110
Enfant 14-G-N	28 mois et 7 jours		85	75	75	85	79
Enfant 15-F-N	28 mois et 7 jours		78	75	74	85	76
Enfant 16-F-N	20 mois et 5 jours		77	80	69	87	77
Enfant 17-F-N	15 mois et 16 jours		106	106	106	109	104
Enfant 18-F-N	14 mois et 12 jours		97	86	62	62	76
Enfant 19-G-N	30 mois et 8 jours		89	71	79	89	81
Enfant 20-F-N	16 mois		75	80	69	87	77
Enfant 21-G-N	19 mois et 24 jours		112	100	72	79	91
Moyenne			88	80	73	83	80
Ecart-Type			15	14	16	19	13
Médiane			87	80	72	87	80

4-1-Analyse qualitative des résultats des enfants maltraités psychologiquement au Brunet-Lézine Révisé

Les enfants ayant été victimes de maltraitance psychologique obtiennent un Quotient de Développement Général moyen (80), soit en dessous la norme du Brunet-Lézine (100 +/- 15), témoignant ainsi de profils développementaux à risque à cause des déficits dans certains secteurs de développement.

La moyenne des résultats à chacun des 4 Q.D. Partiels (Postural, Coordination, Sociabilité et Langage) des 21 enfants maltraités psychologiquement, montre que seul le Quotient de Développement Postural est dans la norme (88), les autres Q.D. Partiels sont en dessous de la norme avec des profils hétérogènes [Quotient de Développement Sociabilité (83), le Quotient de Développement Coordination (80), Quotient de Développement Langagier (73) proche du seuil des retards développementaux (Seuil à 70)]. En effet, le Quotient de Développement langagier est le plus bas dans 16 cas sur 21, le postural étant le plus élevé dans 12 cas sur 21.

L'analyse des Q.D. Partiels des profils hétérogènes, dans 15 cas sur 21, ne permet pas d'interpréter le Quotient de Développement Général suite à une différence de plus de 15 points entre le Q.D. Postural et le Quotient de Développement Langagier. Le Q. D Partiel qui obtient le meilleur score est le Postural et le plus bas est le Langagier. Ce résultat intra-groupe entre ces deux Q.D. Partiels rejoint celui trouvé dans l'analyse globale des deux groupes d'enfants indépendamment du type de maltraitance.

Ces résultats semblent exprimer un surinvestissement de la motricité et du postural au détriment du langage. Le secteur de développement de la sociabilité semble à la limite de la norme, tandis que celui de la Coordination est proche du seuil limite, et le Langage se situe dans la zone équivalente aux retards d'acquisitions. Ces résultats pourraient peut-être être interprétés sous forme d'hypothèse clinique : les faibles QDP de sociabilité et de langagier seraient la conséquence des interactions environnement-affectif/nourrisson pauvres (absence de stimulation) et l'enfant compenserait en développant ainsi une indépendance motrice précoce, mais qui entrave l'émergence des autres secteurs de développement.

Cette hypothèse doit être confrontée aux données issues de la Mallette Projective Première Enfance et l'analyse doit mettre en évidence, la manière dont l'enfant construit et appréhende son environnement, les profils défensifs qui se dégagent notamment dans une configuration où il est en présence du clinicien.

4-2-Analyse qualitative des résultats des enfants maltraités psychologiquement à la Mallette Projective Première Enfance

Pour repérer les profils défensifs des enfants, notamment à partir des Modes de Saisies et des Procédés du Jeu, nous avons analysé les scores des enfants maltraités psychologiquement à la MPPE à partir des scores aux Modes de saisies et aux calculs des fréquences des différents procédés du jeu.

4-2-1-La spécificité des Modes de saisies au jeu des enfants maltraités psychologiquement

Les enfants maltraités psychologiquement ont tendance à utiliser un nombre restreint de jouets différents (11/33) et à rentrer en Contact avec le matériel de manière modérée. Néanmoins, les enfants maltraités psychologiquement, même s'ils utilisent peu de jouets différents, tendent à les manipuler et à les mettre en Association avec d'autres. Ainsi, confrontés à la situation projective, ces enfants sélectionnent les jouets qui les intéressent (ne s'éparpillant pas à vouloir tous les prendre et les rejeter), pour pouvoir les manipuler (et ainsi, jouer avec) et les Associer à d'autres objets, témoignant ainsi d'une construction de l'environnement plus variée, ne prenant pas seulement en compte leur action sur un unique objet. Conformément à leur âge, les enfants utilisent peu le procédé Mise En Scène. Remarquons, qu'il n'existe pas d'entre deux, soit l'enfant n'utilise pas du tout la mise en scène ou l'utilise plusieurs fois, ce qui, conformément à leur jeune âge peut manifester, dans ce cas de figure, la prédominance et une problématique massive psycho-affective.

4-2-2-La spécificité des Procédés du jeu des enfants maltraités Psychologiquement

Concernant les procédés du jeu à la Mallette Projective Première Enfance, les enfants utilisent massivement les procédés Sensori-Moteurs, traduisant par une action dirigée sur le matériel.

En effet, ces enfants utilisent les procédés relatifs au fait de « Prendre, lâcher contrôler, jeter-ramasser, vider-remplir ». L'ébauche d'exploration visuelle est fréquemment retrouvée ainsi que des procédés témoignant de l'émergence d'agressivité (5 par protocole). Conjointement à une nette proportion à Manipuler les objets, ces enfants utilisent des procédés renvoyant aux activités combinatoires et aux interactions simples entre deux objets.

Le deuxième procédé prépondérant est le recours à la Relation avec le Clinicien (en moyenne 10 par protocole) qui jalonne leurs protocoles, manifestant une appétence au lien et de la mise

en relation. En effet, parmi ce groupe de procédé le (RC4) « Contact du clinicien par la médiation du matériel » est utilisé de manière massive (plus du double des autres procédés RC), ce qui témoigne d'une sollicitation directe de l'enfant pour tenter d'inclure le clinicien dans son activité. Outre la recherche directe du clinicien par le bais de dons d'objets, ces enfants sollicitent beaucoup le regard du clinicien et utilisent souvent le rapprocher corporel. De fait, leur évolution dans la situation projective ne peut se faire seule. Le clinicien doit « jouer », prendre une part active à l'élaboration de cette situation, faute de quoi, l'enfant s'arrête de jouer comme en témoigne cet exemple :

« Camille (prénom substitutif) prend un bout de la cordelette qu'elle me donne et prend l'extrémité de celle-ci, la petite fille sourit de cette mise en lien au travers de l'objet, chacun tenant un bout de la cordelette. Elle tourne le canard et met la cordelette derrière elle (hors de sa vue) (...). S'arrêtant dans l'exploration du jeu, je décide de lui proposer le canard, Camille me fixe et me sourit. Elle a reconnu le bruit du canard, elle prend le canard, se lève et se rapproche de moi, me caresse la main et me donne le canard pour que je joue avec ».

Le 3^{ème} groupe de procédé le plus utilisé, le procédé Hors du Jeu, est en rapport avec celui du recours au clinicien, le non engagement du clinicien ou l'angoisse que celui-ci parte, entraîne directement un arrêt du jeu et des procédés hors du jeu. Ainsi, à l'intérieur de ce procédé, celui le plus utilisé est le procédé HJ6 – activité répétitive (en moyenne deux par protocole) et qui témoigne de l'émergence de comportements répétitifs et de scénario compulsifs qui tous deux, laissent supposer l'émergence d'un état de stress post-traumatique. Lorsque l'angoisse devient trop forte, les enfants ont tendance à fuir, à se mettre en retrait ou à explorer l'environnement en dehors de la situation projective. Notons, la part non négligeable de comportements de décharges auto-érotiques et ceux témoignant d'une agitation comportementale.

Concernant les procédés de l'Évitement et de l'Inhibition (EI), bien qu'ils soient présents dans la majorité des protocoles des enfants, une spécificité propre aux enfants maltraités psychologiquement est manifeste. Soit l'enfant utilise le sous-procédés E11 - « limitations de l'activité gestuelle et exploratoire » et n'utilisera que celui-ci, ou soit il utilise de manière préférentielle le procédé EI2 « mouvements d'inhibition circonstanciés au cours de la passation ». Dans certains cas, leur utilisation est massive et témoigne d'une certaine crainte des enfants envers certains objets. Face à ces procédés interférant dans la continuité de l'investissement de la situation projective chez ces enfants, nous pouvons observer une très

forte prévalence des procédés relatifs à l'Objectivité et au Contrôle (OC), notamment la prépondérance du procédé OC8 « garde un objet en main » qui dans ces cas, prend la fonction d'un objet d'auto-contenance pour se rassurer. De même, certains procédés de types obsessionnels comme le rangement ou l'exploration exhaustive des objets, montrent que ces enfants essayent de contrôler leur environnement pour canaliser l'angoisse.

Résumé : Les enfants ayant été victimes de maltraitance psychologique obtiennent un Quotient de Développement Général moyen (80) en dessous la norme. Celui-ci est composé seulement d'un seul Q.D. Partiel dans la norme, le postural. Ces enfants éprouvent de grandes difficultés dans le domaine langagier (le plus bas dans 16 cas sur 21) et la différence entre les différents Q.D. Partiels montre des profils hétérogènes dans 15 cas sur 21 ainsi qu'une différence de plus de 15 points entre le Q.D. Postural moyen et le Q.D. Langagier moyen. Ces enfants utilisent massivement les procédés Sensori-Moteurs de type prendre-posé et des procédés relatifs à l'Objectivité et au Contrôle (OC), et notamment le fait de « garder un objet en main ». Ces enfants tentent d'éprouver et de se rassurer quant à la présence de l'objet. Lorsque l'angoisse devient trop forte, nous pouvons observer l'émergence de comportements agressifs, ou de fuite ainsi que de comportements de décharges auto-érotiques. Ce qui semble bien décrire les enfants maltraités psychologiquement est l'utilisation massive de procédés relatifs au recours à la Relation avec le Clinicien (RC - en moyenne 10 par protocole). Le clinicien doit s'engager, comme l'enfant, dans la situation projective, faute de quoi, l'enfant s'arrête de jouer, ce qui entraîne directement un arrêt du jeu et des procédés hors du jeu. Enfin, notons la présence d'activités répétitives qui vont dans le sens de l'émergence d'un état de stress post-traumatique.

5-Hypothèse 1- Les maltraitances physiques affectent-elles le développement psycho-moteur, psycho-affectif de l'enfant et génèrent-elles un handicap physique ou mental

La même méthode d'analyse que celle entreprise pour les enfants issus du groupe de la maltraitance psychologique (analyse des différents Quotients de Développements Globaux et Partiels, calcul de l'écart-type et de la médiane) a été appliquée pour faciliter ensuite l'analyse comparative. Le tableau qui suit présente les résultats obtenus pour les 18 enfants maltraités physiquement.

5-1- Analyse qualitative des résultats des enfants maltraités physiquement au Brunet-Lézine Révisé

Tableau 4- Comparaison des différents Quotients de Développements des enfants maltraités physiquement :

Tableau Comparatif des différents Quotients de Développements des enfants maltraité physiquement obtenus au Brunet-Lézine par types de maltraitance.								
Enfant Code	Age (Mois, Jour)	Maltraitements	Q. D. Postural	Q. D Coordination	Q. D Langage	Q. D Sociabilité	Q. D Général	
Enfant 22-F-P	29 mois et 6 jours		92	73	78	92	82	
Enfant 23-G-P	20 mois		56	52,5	40	40	50	
Enfant 24-F-P	15 mois et 12 jours		84	78	78	91	80	
Enfant 25-G-P	9 mois 5 jours		84	81	76	65	78	
Enfant 26-G-P	19 mois et 19 jours		102	79	61	86	81	
Enfant 27-G-P	8 mois et 28 jours		115	115	115	115	115	
Enfant 28-F-P	15 mois et 8 jours		101	89	91	91	92	
Enfant 29-G-P	16 mois et 23 jours		77	83	83	101	86	
Enfant 30-G-P	45 mois et 9 jours		60	47	53	44	52	
Enfant 31-G-P	25 mois et 23 jours		93	60	66	66	69	
Enfant 32-G-P	25 mois et 26 jours	Physique	92	73	70	71	76	
Enfant 33-F-P	12 mois et 16 jours		80	80	72	76	78	
Enfant 34-G-P	6 mois et 9 jours		37	51	56	69	51	
Enfant 35-F-P	8 mois et 28 jours		75	75	62	67	72	
Enfant 36-G-P	7 mois et 5 jours		84	65	63	65	70	
Enfant 37-G-P	21 mois et 20 jours		55	83	92	64	76	
Enfant 38-G-P	6 mois et 16 jours		76	53	69	61	63	
Enfant 39-G-P	19 mois et 24 jours		80	69	74	80	75	
Moyenne			80	73	72	75	75	
Ecart-Type			19	16	17	19	15	
Médiane			82	74	71	70	76	

L'analyse des résultats montre que le Quotient de Développement Général (QDG) des 18 enfants maltraités physiquement est de 75, bien en dessous de la norme (85) ; ces enfants ont des profils à risques parce que le seuil du retard de développement se situe à 70. De plus, cette moyenne a un écart-type de 15, ce qui signifie que la dispersion des QDG de ces enfants est assez large. La médiane obtenue à ce groupe est assez proche de la moyenne, ce qui signifie que la moyenne obtenue au QDG est représentative de notre échantillon. Les scores moyens de ces 18 enfants aux autres Quotients de Développement Partiels sont très faibles et se situent tous dans la zone limite de très grands retards d'acquisitions. En effet, le Quotient de Développement Postural est à 80, le Quotient de Développement Sociabilité à 75, le Quotient de Développement Coordination à 73 et le Quotient de Développement Langagier est, quant à lui, à 72. Il semble, qu'à la différence des enfants maltraités psychologiquement qui présentaient des profils hétérogènes, les résultats aux différents Q. D. Partiels sont homogènes et très bas.

Ce résultat pourrait nous permettre de poser comme hypothèse clinique que la maltraitance physique entrainerait un retard généralisé dans les différentes sphères d'acquisitions ; l'enfant maltraité physiquement ne bénéficiant pas de domaine développemental de compensation.

Ainsi, la maltraitance physique pourrait entraver l'ensemble des secteurs de développement, l'enfant étant dans l'impossibilité d'adopter des stratégies développementales susceptibles de compenser les autres sphères développementales. Bien que le Postural est légèrement supérieur aux autres secteurs, suivi par la Sociabilité, le Q.D. Partiel de Coordination et langagier restent les plus faibles des Quotients.

La maltraitance physique semble générer de grands déficits dans l'adaptation à l'objet et la motricité fine ainsi que dans la sociabilité et le langage. Ces données laissent apercevoir des profils où ces enfants essaient de se développer avec une certaine indépendance, notamment motrice en essayant d'éviter le contact relationnel, ce qui pourrait expliquer les faibles résultats dans la sociabilité. De même l'évitement relationnel pourrait s'inscrire comme une entrave au développement de la sphère langagière. Ces résultats sont réinterrogés à la lumière de ceux obtenus à la Mallette Projective Première Enfance afin d'analyser si cette tendance est due à l'effet du test du Brunet-Lézine ou s'ils constituent de véritables hypothèses cliniques.

5-2-Analyse qualitative des résultats des enfants maltraités physiquement à la Mallette Projective Première Enfance

Pour mettre en évidence les profils défensifs des enfants maltraités physiquement, notamment à partir des Modes de Saisies et des procédés du Jeu, nous avons analysé les scores de ces enfants selon la même méthode que celle qui a été utilisée pour l'autre groupe.

5-2-1-La spécificité des Modes de saisies au jeu des enfants maltraités physiquement

Les protocoles des Modes de saisies du jeu de ces enfants montrent qu'en moyenne, les enfants choisissent un nombre limité et restreint d'objets (10/33 proposés). Pour une grande partie d'entre eux, ils utilisent préférentiellement le procédé Contact, témoignant ainsi d'un mode d'investissement de l'environnement centré sur le corps propre de l'enfant. Ainsi, ces enfants rentrent en contact assez facilement avec les objets et les manipulent. L'objet sélectionné peut dans une certaine mesure être exploité et manipulé. Hormis quelques enfants qui contribuent à augmenter la moyenne des procédés Association et Mise en Scène, les enfants maltraités physiquement se contentent de rentrer en contact très brièvement avec les jouets (parfois de manière très labile), et pour certains objets préférentiels, de les manipuler.

5-2-2- La spécificité des Procédés du jeu des enfants maltraités physiquement

Conjointement à ce mode d'entrer en contact dans la situation projective, les enfants maltraités physiquement utilisent préférentiellement les procédés sensori-moteurs notamment par une action importante et directe sur le matériel. Le recours à la relation avec le clinicien emprunte le même mode.

Ces deux procédés, SM et RC sont les plus utilisés pour les enfants âgés de 6-23 mois (Roman, 2004). A l'intérieur de ces grands procédés, ces enfants utilisent massivement ceux du type « Prendre, lâcher contrôler, jeter-ramasser » (SM5) ainsi que l'ébauche d'exploration visuelle (SM1). Le Contact est souvent bref avec des objets (poser, reprendre), témoignant ainsi de tentatives de maîtrise (présence/absence). Néanmoins, le sur-investissement de ces procédés (ébauche d'exploration soit visuelle ou tactile, sans leur attribuer une fonction symbolique ; ils prennent un objet mais ne jouent pas avec) témoigne d'une certaine labilité dans l'investissement des affects. Cette labilité s'accompagne d'une prédominance des procédés agressifs (SM6) qui jalonnent et parfois entravent l'ensemble des protocoles de ces enfants. Cette agressivité, qui se déploie facilement dans la situation projective, est projetée sur les objets sans se servir de l'autre comme support d'étayage pour instaurer une relation, comme que le montre cet exemple :

« Julia (prénom substitutif) prend les briques et dit « cassé », « cassé », elle démonte les briques et dit encore cassé, elle examine le biberon, joue avec, se déplace, va à la dînette qu'elle touche et prend le bébé souple. Elle lui donne délicatement à manger. Se dirige vers le bébé dur qu'elle force à manger (on sent qu'elle essaye de forcer la bouche du bébé) et ce pendant de longues minutes. Elle jette le bébé souple derrière elle violemment, reste avec le bébé dur qu'elle force encore à manger, puis elle claque les briques. Elle met la cordelette autour du corps du bébé dur, s'énerve sur la cordelette, la plie comme si elle voulait la détruire. (...) Elle étrangle le bébé, puis le saucissonne avec la cordelette ».

Le recours à la Relation avec le Clinicien, se manifeste par le rapproché corporel tendre ou agressif (RC1) et la sollicitation du regard par le biais du matériel (RC4-RC5). Si ces enfants regardent le clinicien ou se rapprochent de lui de manière importante, ils ne le font pas entrer dans son jeu, préférant jouer seul, tout en s'assurant qu'il est toujours présent mais à bonne distance. De fait, ces enfants se présentent de manière assez indépendante, sans que les pleurs, les retraits et les inhibitions deviennent massifs et entravent la situation projective.

La présence de quelques procédés Hors du Jeu témoigne cependant d'un évitement ou un désinvestissement du test mais dans des proportions très raisonnables. Mais les comportements répétitifs prennent l'allure d'un jeu-traumatique dans leurs protocoles et ce jeu est marqué par des problématiques morbides (éléments crus liés à une thématique agressive, ou bien comme cet autre enfant qui essayait de construire un pistolet pour que le clinicien puisse lui tirer dessus et qu'il simule sa mort).

Enfin, ils ont souvent recours à l'Objectivation et au Contrôle (OC) notamment pour contrôler l'angoisse, et à l'environnement externe afin de poursuivre la passation (le fait de garder un objet en main ou encore d'explorer d'une manière exhaustive l'environnement). Lorsqu'ils ne peuvent pas contrôler leur environnement, ces enfants pratiquent l'Évitement et l'Inhibition (EI), par une limitation de l'activité gestuelle et exploratoire, ou soit par de mouvements d'inhibition circonstanciés au cours de la passation.

Ces résultats montrent que ces enfants ont développé une apparente indépendance motrice et relationnelle au détriment de compétences développementales en lien avec la relation et la communication, notamment le langage. Ils ont tendance à avoir recours à la réalité externe pour la contrôler, comme si celle-ci a été intégrée comme persécutive. Cette vigilance défensive entrave l'investissement du monde externe et l'expression de leur monde interne ; ces limites extérieures qu'ils s'imposent semblent servir d'enveloppe d'auto-contenance. Néanmoins, la prépondérance de comportements agressifs et d'activités répétitives, sous forme de jeux-traumatiques, sont autant d'entraves à leur développement et mettent en évidence l'émergence d'un état de stress post-traumatique.

Résumé : Les enfants maltraités physiquement présentent un Quotient de Développement Général (75) très en dessous de la norme et proche de celle des retards de développement. En effet, l'ensemble des 4 Q.D. Partiels sont très faibles et se situent tous dans la zone limite de très grands retards d'acquisition, ce qui semble signifier que la maltraitance physique entraînerait un retard généralisé dans l'ensemble des différentes sphères d'acquisitions. En situation de jeu, les enfants maltraités physiquement se présentent de manière assez indépendante. Ils rentrent peu en contact avec le clinicien de manière directe, se contentant d'observer qu'il est toujours présent mais à bonne distance. Conjointement à cette hyper-vigilance, nous pensons que ce qui semble caractériser ces enfants c'est la présence d'une agressivité internalisée (comme le montre les scénarios des jeux-traumatiques) et exprimée sur le matériel. En effet, ces

enfants se contentent de rentrer très brièvement en contact avec les jouets notamment de manière très labile ; cette labilité se conjugue avec une grande prépondérance des procédés agressifs qui entravent l'ensemble des protocoles. De même, les comportements répétitifs, très présents dans leurs protocoles, prennent l'allure d'un jeu-traumatique ; le scénario sous-jacent aux comportements répétitifs renvoie à des problématiques traumatiques et morbides. Ces jeux-traumatiques liés à une thématique agressive s'imposent subitement et majorent l'angoisse de l'enfant.

6-Analyse quantitative et comparative entre les conséquences liées à la maltraitance physique et celles liées à la maltraitance psychologique

Après avoir présenté, à travers l'analyse des résultats de notre échantillon général, les effets des maltraitements, indépendamment du type de sévices, et celle des scores intra-groupes liés à chaque type de maltraitance, il convient de les comparer pour démontrer si la différence des effets est significative entre les deux types de maltraitance. Nous avons représenté graphiquement chacune de nos variables à l'aide d'un histogramme des effectifs pour les enfants maltraités psychologiquement (Annexe III.6-1) et physiquement (III.6-2).

Compte tenu de notre faible échantillon, différents tests statistiques ont été utilisés (courbe de Gauss, Shapiro-Wilk,) pour étudier les variables afin de faire émerger la significativité de la différence. Malgré notre faible échantillon, la plupart des données testées se distribuent normalement comme le montre le tableau du test de Shapiro-Wilk (Annexe III.7).

L'objectif des tests statistiques dans cette étude était de permettre d'analyser et de comparer les différences existantes entre les deux types de maltraitements (physique Vs Psychologique) et les différences existantes à l'intérieur de chacun des deux grands types des maltraitements.

Une comparaison inter-groupe des résultats du Brunet-Lézine et de la MPPE nous a conduit à sélectionner le test statistique de Mann & Whitney, permettant de comparer deux échantillons (maltraitance physique Vs psychologique) et de faibles effectifs (-de 30 enfants) (Annexe III-8). L'analyse comparative intra-groupe (échantillons appariés) a été effectuée avec le test statistique de Wilcoxon (Annexe III-9).

6-1- La comparaison inter-groupe :

Le test statistique de Mann et Whitney sert à tester une hypothèse.

Comme le montre le tableau qui figure dans l'annexe III-8, il n'existe aucune différence significative qui permettrait de distinguer les enfants maltraités physiquement des enfants maltraités psychologiquement sur chacune des variables testées.

Au-delà de ces chiffres, les procédés du jeu en fonction du type de maltraitance, montrent une différence existante entre ces deux groupes, différence cliniquement identifiable.

En effet, de manière qualitative, on distingue que le recours à des procédés est différent selon le type de sévices :

- Le recours à la Relation avec Clinicien (RC) est important chez les enfants maltraités psychologiquement ; celui-ci joue un rôle d'étayage, et il est intégré dans l'activité de l'enfant. Alors que les enfants maltraités physiquement manifestent une hyper-vigilance face au clinicien, comme s'il est menaçant. Une distance physique est maintenue associée à un contrôle visuel. Ces enfants jouent seuls et n'ont recours qu'à leurs seules ressources internes pour tenter de contrôler ou d'apaiser l'angoisse.

- Le recours à l'évitement et à l'inhibition (EI) est plus fréquent chez les enfants maltraités psychologiquement (mouvements d'inhibitions circonstanciés en cours de passation, recours à la réalité), tandis que les enfants maltraités physiquement semblent plus avoir recours à la limitation dans l'activité gestuelle.

- Le recours à des procédés relatifs à l'imaginaire et au fantasme (IF) se conjugue avec la limitation exploratoire chez les enfants maltraités physiquement notamment face à l'émergence soudaine de problématiques morbides et agressives. Ces derniers semblent donc être envahis et démunis face à l'émergence de cette agressivité.

- Le recours aux procédés relatifs à l'Objectivité et au Contrôle (OC) se retrouve un peu plus chez les enfants maltraités psychologiquement. Ces enfants gardent un objet en main durant de longs moments ou explorent de manière exhaustive l'environnement. Ces comportements de réassurance servent à contrôler l'émergence de l'angoisse et l'environnement externe pour poursuivre la passation.

Conformément à notre hypothèse et au regard de ces résultats, il ressort que la maltraitance tant physique que psychologique entraîne un retard de développement important qui se traduit cliniquement par des procédés défensifs différents.

En effet, bien que nous n'ayons pas pu pointer une différence statistique entre les deux types de maltraitance, il nous a semblé judicieux d'effectuer une analyse intra-groupe afin d'observer si l'hétérogénéité intra-groupe, déjà observée dans l'analyse descriptive, se confirmait statistiquement.

6-2-La comparaison intra-groupe.

Au regard de ces résultats à l'analyse inter-groupe, nous avons été surpris d'observer que l'analyse intra-groupe, hormis ceux du Brunet Lézine, montre un certain parallélisme des profils psycho-dynamiques des enfants (Annexe III-9).

En effet, à la Malette Projective Première Enfance, les différences significatives se centrent sur les mêmes procédés du jeu, ce qui confirme l'homogénéité des profils observés indépendamment du type de maltraitance. Ainsi, c'est comme s'il y avait un marqueur propre de la maltraitance, qui serait plus fort que la spécificité du type de maltraitance.

6-2-1-Les différences observées dans les deux groupes :

Au Brunet-Lézine Révisé, deux différences sont significatives pour les deux groupes, à savoir :

- la différence entre le Q.D. Postural et le Q.D. Langagier se retrouve. Bien que dans les deux groupes les scores sont très différents, dans les deux types de maltraitance, ces deux Q.D semblent centraux dans notre étude, parce que le Q.D Postural est le plus élevé et le langagier le plus faible. Ce qui peut laisser supposer une surcompensation au détriment de domaines communicationnels et notamment langagier.
- la différence entre le Q.D Postural et le Q.D Coordination se retrouve aussi. Bien que les enfants des deux groupes ont des scores très différents lorsque l'on compare le Postural et la Coordination oculomotrice. Le Q.D Coordination oculomotrice a pour but d'analyser la préhension notamment fine et le comportement de l'enfant avec les objets. Il interroge aussi par ce biais l'adaptation de l'enfant face à un changement de présentation de l'objet. Les résultats faibles aux Q.D.C pourraient témoigner de

difficultés dans la motricité fine, les enfants étant en hyper-vigilance, impulsifs (dans une sur-réaction) où l'objet perd rapidement ses qualités attractives.

Ces difficultés interrogent quant à l'adaptation de ces enfants à un objet qui tout en présentant les mêmes formes, évolue par la position de ses formes.

Les résultats obtenus à la Malette Projective Première Enfance, montrent un certain parallélisme entre les deux groupes. Les deux groupes ont, de manière similaire, des différences significatives concernant :

- Les procédés hors du jeu et les procédés sensori-moteurs : les deux groupes ont plus tendance à se diriger vers le test que de le fuir.
- Les procédés hors du jeu et le recours à la réalité extérieure : les deux groupes ont plus tendance à se diriger hors du jeu plutôt qu'avoir recours à la réalité extérieure.
- Les procédés hors du jeu et l'évitement et l'inhibition : les enfants des deux groupes tendent préférentiellement à fuir la situation projective plutôt que de mettre en place des comportements d'évitements et de s'inhiber.
- Les procédés hors du jeu et le recours à l'imaginaire et au fantasme : ils utilisent préférentiellement les procédés hors du jeu plutôt que de recourir à leur monde interne.
- L'ensemble des procédés sensori-moteurs est prévalent et montre une différence significative avec les procédés de recours à Relation avec le Clinicien : les enfants des deux groupes ont plus une action dirigée vers le matériel que d'avoir recours à l'autre.
- Une différence significative entre les procédés sensori-moteurs et la réalité extérieure : les enfants ont plus tendance à aller vers les jouets que d'avoir recours à la réalité externe.
- Une différence significative entre les procédés sensori-moteurs et le recours à la réalité extérieure : les enfants ont plus tendance à avoir une action directe sur les jouets que d'avoir recours à la réalité extérieure.
- Une différence significative entre les procédés sensori-moteurs et l'évitement et inhibition : les enfants ont plus tendance à se diriger vers le matériel plutôt que d'être évitant et inhibé.

- Une différence significative entre les procédés sensori-moteurs et les processus imaginaire et fantasme : les enfants ont plus tendance à aller vers les jouets que d'avoir recours à des procédés traduisant le recours à la réalité interne.
- Une différence significative entre les procédés sensori-moteurs et ceux de l'objectivité et contrôle : Ils ont plus tendance à jouer avec les jouets qu'à contrôler leur environnement.
- Une différence significative entre le recours à la relation et le recours à la réalité extérieure : Les enfants utilisent plus le clinicien qu'ils ont recours à la réalité extérieure.
- Une différence significative entre le recours à la relation avec le clinicien et l'évitement et l'inhibition : les enfants des deux groupes ont très largement plus recours à l'autre qu'ils ne sont évitant ou inhibés.
- Une différence significative entre les procédés du recours à la relation avec le clinicien et l'imaginaire et le fantasme: les enfants ont de manière significative plus recours à la relation avec le clinicien que d'avoir recours à l'imaginaire et au fantasme.
- Concernant les procédés de recours à la relation avec le clinicien, ils sont significativement différents des procédés de l'objectivité et du contrôle : les enfants ont très largement plus tendance à avoir recours à l'autre que d'avoir recours à des procédés relevant de l'objectivité et du contrôle.
- Une différence significative s'observe entre le Recours à la réalité extérieure et ceux de l'objectivité et du contrôle : les enfants ont très largement plus recours à des procédés de l'objectivité et du contrôle que ceux relatifs à la réalité extérieure.
- Une différence significative entre les procédés de l'évitement et de l'inhibition face à ceux du fantasme et de l'imaginaire : les enfants sont très largement plus inhibés et évitant qu'ils n'ont recours à des procédés renvoyant au fantasme et à l'imaginaire.
- Pour les deux groupes, une différence significative s'observe entre les procédés d'objectivité et du contrôle et les procédés de recours à l'évitement et l'inhibition : les enfants ont plus recours à des procédés de contrôles et d'objectivité que d'avoir recours à l'évitement et l'inhibition.
- Enfin, une différence significative se repère entre les procédés d'objectivité et de contrôle et ceux de l'imaginaire et du fantasme : les enfants ont plus recours à des

procédés de contrôles et d'objectivité que d'avoir recours à leurs mondes imaginaires et aux fantasmes.

En résumé : Les enfants des deux groupes obtiennent des différences significatives et de meilleurs résultats au Postural et ce, au détriment du langage et de la coordination oculomotrice. De même, les procédés significativement différents, prévalent lorsqu'ils sont comparés aux autres variables : les procédés sensori-moteurs, hors du jeu, la relation avec le clinicien et l'objectivité et le contrôle. Les enfants des deux groupes ont plus tendance à avoir une action dirigée vers le matériel que tout autre procédé. Ils ont même tendance à avoir recours à relation avec le clinicien, à un objet réel pouvant servir d'étayage, plutôt que de s'appuyer sur leur monde interne ou d'être inhibé ou être évitant.

6-2-2-Les différences propres aux enfants maltraités psychologiquement :

Les différences spécifiques des enfants maltraités psychologiquement se centrent sur les compétences développementales. Celles-ci confirment l'hétérogénéité constatée entre les différents secteurs de développement chez les enfants maltraités psychologiquement.

- En effet, on constate une différence significative entre le Q.D. Coordination et le Q.D. Langagier : le Q.D.C est proche de la norme (même s'il demeure inférieur) tandis que le langage est quant à lui proche des grands retards de l'acquisition, dans une zone à risque très importante.
- Une différence significative entre le Q.D. Langagier et le Q.D. Sociabilité : Cette différence est due aux meilleurs résultats obtenus par les enfants maltraités psychologiquement dans la sphère sociale par rapport à l'autre groupe ; leur appétence aux liens sur un mode archaïque s'effectue au détriment du langage.

En résumé : les enfants maltraités psychologiquement investissent le domaine postural au détriment des autres sphères développementales. Cette dysharmonie développementale fait émerger de grandes inquiétudes concernant les capacités langagières qui se situent dans une zone à risque. Cette différence significative au profit du postural et au détriment du langagier se retrouve lorsque l'on compare le domaine Social et le langagier. En effet, le fait que le domaine développemental de la sociabilité est le deuxième plus haut des Q.D. Partiels, laisse supposer que cette appétence aux liens constitue une stratégie d'adaptation pour répondre aux attentes des adultes, conformément à leur demande affective en favorisant l'interaction sur un mode attractif. Il s'agit de la quête d'un sentiment d'existence dans le regard de l'autre.

6-2-3-Les résultats spécifiques aux enfants maltraités physiquement

Contrairement aux enfants maltraités psychologiquement, les enfants maltraités physiquement obtiennent de faibles résultats à l'ensemble des Quotients de Développement Généraux, mais surtout aux Quotients Partiels. Et la différence entre les différents QD Partiels est moindre par rapport à l'autre groupe. Il n'y a pas de secteur développemental privilégié, malgré que le QD Postural soit légèrement supérieur aux autres. A la différence de l'autre groupe, nous pouvons émettre comme hypothèse clinique que la maltraitance physique entraînerait un retard généralisé sur l'ensemble des secteurs développementaux. Ce retard pourrait être une entrave à l'élaboration d'une stratégie d'adaptation pour augmenter leurs résultats aux différents QD Partiels et Généraux.

Conjointement à cette interprétation, nous pouvons noter, contrairement aux enfants maltraités psychologiquement, certains enfants maltraités physiquement ont été victimes de secouements. Les séquelles inhérentes à ces sévices semblent jouer un rôle majeur dans l'explication des faibles résultats de ces enfants et des profils atypiques retrouvés. Ces facteurs ont fortement influencé les résultats généraux de ce groupe.

Contrairement aux enfants maltraités psychologiquement qui ont une forte appétence à la relation, les comportements d'hyper-vigilance, de désengagement tant au niveau relationnel qu'exploratoire sont autant d'entrave à l'élaboration de tâches développementales chez les enfants maltraités physiquement.

6-2-4-La non différence liée aux paramètres interculturels

Compte tenu du nombre limité d'enfants migrants dans notre cohorte soit 4, nous n'avons pas pu effectuer une analyse spécifique. Cependant, ce faible taux de représentativité interroge quant à la maltraitance des jeunes enfants dans les familles migrantes. Par contre, deux cas cliniques mettront en évidence que ce n'est pas la culture qui est en jeu dans les maltraitements mais les transgressions culturelles qui servent parfois à légitimer les passages à l'acte.

7-Hypothèse 2 : Le tableau clinique de l'enfant maltraité et la question d'un syndrome post-traumatique et de son influence sur la construction de la personnalité

Pour répondre à l'hypothèse 2, nous avons analysé plus précisément les profils défensifs présents dans les résultats obtenus à la M.P.P.E pour les deux groupes. Nous avons comparé, par type de maltraitance, le nombre des différents sous-procédés à l'intérieur des différentes catégories (HJ, SM, RC, RE, EI, IF, OC). Nous avons repéré, à l'intérieur des procédés, ceux qui prédominent selon le type de maltraitance, et sélectionné les procédés permettant de mettre en évidence un syndrome Post-traumatique, en comparant certains indices spécifiques par groupe :

- Hors du Jeu (**HJ1, HJ2, HJ3, HJ4, HJ5, HJ6**).
- Les procédés Sensori-Moteurs (**SM6**).
- Relation avec le Clinicien (**RC1, RC3, RC4, RC9, RC10**).
- Le recours à la Réalité Externe (**RE1**).
- Évitement et Inhibition (**EI1, EI2**). - Imaginaire et au Fantôme (**IF3 et IF5**).
- Objectivité et Contrôle (**OC1, OC4, OC8**).

7-1-Tableau récapitulatif des procédés sélectionnés pour répondre à l'hypothèse 2

Procédés de jeu	Sous-procédés	Enfants maltraités physiquement	Enfants maltraités psychologiquement
Hors du jeu (HJ)	HJ1	35	26
	HJ2	17	15
	HJ3	3	1
	HJ4	16	15
	HJ5	15	33

	HJ6	24	36
Sensori-Moteurs	SM6	98	98
Relation avec le clinicien	RC1	38	31
	RC3	28	26
	RC4	42	68
	RC9	7	2
	RC10	11	17
Réalité Externe	RE1	12	18
Evitement et Inhibition	EI1	18	16
	EI2	19	25
Imaginaire Fantasme	IF3	6	1
	IF5	6	0
Objectivité et Contrôle	OC1	44	30
	OC4	10	20
	OC8	25	35

Concernant les procédés utilisés Hors du Jeu avec le matériel (HJ), il ressort que les enfants maltraités physiquement manifestent plus de retraits, de refus (HJ1), de décharges auto-érotiques (HJ2) et auto-agressives (HJ3) que les enfants maltraités psychologiquement. Alors que les enfants maltraités psychologiquement présentent plus du double de comportements d'explorations (HJ5), ceci alors bien que les enfants maltraités physiquement se présentent comme étant assez indépendants recourant peu à la présence du clinicien pour élaborer la situation projective. Contrairement à cette apparente indépendance relationnelle chez les enfants maltraités physiquement, ceux maltraités psychologiquement ont beaucoup plus recours à la relation avec le clinicien (RC4), à travers le don d'objets pour inclure ce dernier dans le jeu, faute de quoi, ces enfants s'inhibent totalement. L'autre devient une béquille psychique pour entrer en contact avec la réalité externe, mais à condition qu'il soit fiable et sécurisant dans une relation transférentielle. Ce qui explique aussi, que les enfants maltraités psychologiquement sont plus en quête de contenance à l'égard du clinicien (RC10), au point où ces enfants éprouvent une telle détresse lors du retrait du clinicien ou de la mère générée par une angoisse anaclitique (sorte d'agonie primitive de Winnicott) qui nécessite de contenir physiquement l'enfant qui arrête la situation projective. Alors que dans l'autre groupe, un seul enfant présente ce comportement de manière importante, augmentant ainsi le nombre total du procédé,

Les enfants maltraités psychologiquement présentent beaucoup plus d'activités répétitives empruntant parfois une forme de stéréotypies centrée sur la quête d'une immuabilité mais proches de jeux-traumatiques (HJ6), comme contenant de l'angoisse. Ces activités répétitives dites simples, notamment en construisant-déconstruisant, entrave la créativité et le recours à leur monde interne au profit d'un recours au monde externe (recours au clinicien ou à la réalité externe) (RE).

A l'inverse, les enfants maltraités physiquement, présentent un nombre non négligeable de comportements répétitifs et stéréotypiques (HJ6) mais ces comportements se réfèrent à des scénarios plus élaborés, à l'Imaginaire et au Fantasme (IF) et notamment à l'émergence de thématiques morbides et agressives (IF5).

La différence majeure entre les deux groupes d'enfants est que les enfants maltraités physiquement utilisent beaucoup plus le recours à l'Imaginaire et au Fantasme (IF), notamment de manière exclusive dans la mise en scène répétitive d'une problématique intrapsychique morbide et mortifère contrairement aux enfants maltraités psychologiquement qui ont plus recours à la Réalité Externe (RE) (de manière frappante l'imitation simple à partir du matériel perçu) (RE1). Par ailleurs, les enfants maltraités physiquement ont plus recours à une limitation de l'activité gestuelle et exploratoire (EI1) qui souvent conjointe à une exploration exhaustive des objets (OC1) impliquant des comportements d'hyper-vigilance, à la différence des enfants de l'autre groupe. L'hyper-vigilance est un des traits défensifs de ces enfants traduisant la perception persécutive du monde externe. Tandis que les enfants maltraités psychologiquement sont plus victimes de mouvements d'inhibitions circonstanciés en cours de passation (EI2) et de comportement de faire-défaire (OC4), attestant une forme d'impasse dans l'élaboration de leurs scénarios traumatiques. Ces enfants maltraités ont plus tendance à garder un objet en main (OC8). L'objet gardé en main a été sélectionné comme le premier objet utilisé lors de la passation, jouant une fonction d'auto-contenance de l'angoisse de perte, de séparation, au point où l'enfant souhaite partir avec à la fin de la passation.

Il ressort donc que les enfants maltraités tant psychologiquement que physiquement tendent à se dégager de la situation projective, notamment par la fuite, tant motrice que perceptive, en s'attachant à d'autres éléments de la passation. Conformément à ce comportement d'évitement, ces enfants, durant la passation, s'arrêtent et régressent dans des comportements de décharges auto-érotiques avec des stéréotypies. La faible présence de comportements auto-agressifs n'est pas le signe de l'absence d'éléments agressifs, car les enfants des deux groupes ont tendance, et ce de manière très prépondérante, à avoir des comportements agressifs notamment par rapport aux objets lorsque la symbolique est en lien avec la relation et les soins maternels. Ces problématiques (lien à l'objet maternel) tendent à être évitées (comportements de retrait ou d'évitement, d'attaque, ou comportements agressifs ou d'annulation par le recours à la réalité extérieure) pour tenter de maîtriser le déploiement de la scène psychique, et surtout la reviviscence des images traumatiques.

L'angoisse que peut générer la relation, ravivant le lien à l'objet maternel, est perceptible à travers les comportements d'agitations au cours de l'évaluation et qui surviennent surtout lorsqu'ils ne trouvent pas la bonne distance avec le clinicien ; ils oscillent entre le rapproché corporel avec le clinicien et la distance. Pour gérer cette relation angoissante, ils investissent alors un objet type, qui prend le relai d'une présence rassurante non menaçante pour leur intégrité psychique. Mais la fonction de l'objet est limitée à la situation présente ; en effet, certains objets surinvestis et gardés précieusement ne semblent ne plus exister lorsqu'ils sont éloignés d'eux, d'autres sont isolés de l'ensemble des autres objets. Par conséquent l'objet est interchangeable, ce qui semble confirmer les troubles d'attachement importants chez ces enfants.

La différence majeure, entre les deux groupes, dans la relation avec le clinicien, est que les enfants maltraités physiquement tendent de maîtriser, par le regard, la bonne distance avec le clinicien, témoignant d'une angoisse d'intrusion, alors que les enfants maltraités psychologiquement recherchent, par le regard, la présence du clinicien pour être en sécurité. Cependant les enfants des deux groupes manifestent une angoisse de perte, de séparation, et qui est rejouée de manière compulsive aux travers des jeux : les enfants maltraités psychologiquement axent beaucoup leur jeu sur des problématiques centrées sur les soins maternels impliquant la présence-absence de l'objet, tandis que les enfants maltraités physiquement mettent en scène des comportements très agressifs envers des jouets et notamment les bébés. Ces types de jeux deviennent rapidement répétitifs pouvant devenir des indicateurs de ce que pourrait être un jeu traumatique. En effet, lorsque le comportement devient répétitif, l'enfant observant un retrait du monde externe est moins sensible aux sollicitations du clinicien. L'angoisse devient perceptible et déborde l'enfant. Ces jeux inspirés des scènes traumatiques qui sont ravivées par la situation projective qui les infère expriment un Etat de Stress Post-Traumatique. Ces scénarios, retrouvés au sein de la majorité des protocoles, se répètent sans que ceux-ci ne puissent évoluer ou s'élaborer dans la situation projective. Cette répétition à l'identique majore l'angoisse de l'enfant, le fait basculer dans des comportements défensifs de fuite (évitement et retrait), d'attaque (agressivité) ou d'effondrement, à travers des stéréotypies qui lui servent d'agrippement dans le vide. Ce tableau clinique se retrouve dans celui décrit par Terr (1991) pour le traumatisme de la maltraitance de type II avec la prédominance des jeux traumatiques répétitifs ; ce qui semble confirmer l'existence d'un stress post-traumatique précoce. Le tableau clinique de l'enfant

maltraité en dessous de trois ans ne peut se concevoir sans l'état de stress post-traumatique qui entrave tant son développement cognitif, psycho-affectif, et sa santé mentale.

V-Résultats et hypothèses-Discussion

La première hypothèse mise à l'épreuve a été d'interroger la différence entre les effets des maltraitances physiques et ceux psychologiques.

L'analyse des dossiers de l'ensemble des enfants a permis de montrer que les enfants sont repérés à un âge précoce (en dessous de 10 mois) et que l'âge moyen où intervient le placement est de 12 mois. Mais l'analyse des résultats par groupe montre que les enfants maltraités physiquement sont repérés environ 3 mois et demi plus tôt que les enfants de l'autre groupe, et placés rapidement (surtout des garçons), que les enfants maltraités psychologiquement qui ne sont repérés qu'à 10 mois avec un placement plus tardif. Et lorsqu'ils sont placés assez rapidement c'est parce qu'ils sont exposés à des agressions physiques ou sexuelles (ce sont surtout les filles). Doit-on en déduire que la maltraitance psychologique qui est moins visible à l'œil nu tend à passer inaperçue ?

En ce qui concerne les effets des maltraitances physiques et psychologiques, l'analyse de l'échantillon global montre que le quotient de développement est en dessous de la norme (78) et que les profils manifestent une dysharmonie entre les secteurs de développement. Le développement postural prédomine au détriment de celui langagier. Ces enfants utilisent les objets sans les manipuler et ont plus recours à des procédés en lien avec l'objectivité et le contrôle, ou encore à l'évitement, à l'inhibition, et peu de recours au clinicien, comparativement aux enfants ordinaires évalués par Roman dans son test MPPE.

L'analyse des résultats intra-groupes des enfants maltraités psychologiquement confirme la faiblesse du quotient de développement général (80) en dessous de la norme, les difficultés dans le domaine langagier au profit du postural qui, bien que faible, demeure supérieur à celui langagier. Par contre les profils des quotients partiels sont hétérogènes ; les procédés sensori-moteurs sont massivement utilisés ainsi que ceux relatifs à l'objectivité et au contrôle. Mais l'angoisse générée par la situation projective est gérée par le recours au clinicien, ou à un objet médiateur de cette relation (recours constant à garder en main un objet). Le débordement de l'angoisse s'exprime par des comportements agressifs, auto-érotiques. La reviviscence des images traumatiques induites par des jeux entraîne une sidération psychique et un arrêt de l'activité ou bien la répétition du jeu traumatique qui met en évidence un état de stress post-traumatique de type II selon Terr (1991)

Quant aux enfants maltraités physiquement, ils présentent un quotient de développement général encore plus faible que l'autre groupe (75) frôlant la limite du retard (70). Les 4 Quotients de développement partiels sont très faibles dans la limite de la norme. La maltraitance physique entraînerait un retard développemental généralisé dans toutes les sphères d'acquisitions. Ils se montrent plus indépendants, fuient le contact, mais sont hyper-vigilants en raison de la crainte que suggère le monde externe intégrant le clinicien. Il se dégage une angoisse d'intrusion qui peut être en lien avec celle appliquée au corps et au psychisme par les coups. La violence subie a été transformée en une agressivité internalisée qui s'exprime dans les jeux répétitifs traumatiques impliquant des thématiques morbides. Le syndrome post-traumatique de type II de Terr (1991) est très manifeste dans ce groupe.

L'analyse statistique inter-groupe et intra-groupe met en évidence que les enfants des deux groupes obtiennent des différences significatives et de meilleurs résultats dans le domaine postural au détriment de celui du langage et de celui de la coordination oculomotrice. Les enfants des deux groupes présentent des différences significatives dans la comparaison des quotients partiels, mais ils ont tendance à diriger leur action vers le matériel ou encore d'avoir recours au clinicien, ou à un objet, comme support d'étayage, plutôt que d'avoir recours au monde interne. On observe alors une sorte de confusion psychique entre la réalité interne et externe.

Mais des différences s'observent entre les deux groupes : l'analyse statistique du groupe des enfants maltraités psychologiquement montre que le domaine postural prédomine au niveau des compétences par rapport à celui langagier qui se situe dans une zone à risque.

Une dysharmonie existe au niveau des quotients développement partiels et qui est inquiétante. La sociabilité est le domaine investi comme une stratégie d'adaptation. Tandis que l'analyse statistique des enfants maltraités physiquement met en évidence de faibles résultats dans l'ensemble des secteurs développementaux avec un retard généralisé très inquiétant. Ces résultats sont à relativiser dans la mesure où le protocole de deux enfants gravement secoués a introduit un biais.

Si des différences émergent dans les effets des maltraitances au niveau des défenses psychiques, des stratégies d'adaptation, les enfants maltraités, tant physiquement que psychologiquement, semblent avoir des profils développementaux similaires à savoir une prédominance posturale sur le langagier.

Par ailleurs, n'ayant pu évaluer finement les effets de la poly-victimisation en raison du non accès au dossier médical, il est probable que la quasi absence de différence des effets au niveau du développement de l'enfant et des secteurs privilégiés ou désinvestis dans les deux groupes soit liée à l'hypothèse d'une concomitance des deux formes de maltraitance comme le précise Pernot-Masson (2004). Les résultats de notre étude sont à pondérer en raison de notre échantillon restreint.

Si l'analyse statistique inter-groupe montre qu'il n'existe aucune différence significative qui permettrait de distinguer les deux groupes d'enfants maltraités, en affinant notre analyse par celle intra-groupe, des différences significatives similaires dans les deux groupes sont en faveur de l'hypothèse que c'est moins la spécificité du type de maltraitance subie qui est importante que le fait d'avoir été maltraité qui semble caractériser les profils développementaux et psycho-affectifs de ces enfants. Profils caractérisés par des défenses qui mettent en évidence la fragilité psychique de ces enfants compromettant leur santé mentale, leur développement cognitif et relationnel.

En effet, les résultats montrent que les effets des deux types de maltraitance sur le développement de ces jeunes enfants sont très inquiétants. Dans ce cadre, nos résultats interrogent l'ampleur des dégâts irréversibles de ces stress sur le cerveau comme l'ont montré les travaux de Glaser (2000) et de Berger et al (2010) et comme semble l'illustrer le retard développemental généralisé à l'œuvre chez les enfants maltraités physiquement. Ces résultats montrent des troubles d'attachement et relationnels liés aux deux types de maltraitances qui rejoignent les conclusions des travaux de Dugravier et al (2009) et d'autres auteurs de notre

revue de littérature. Le déficit du développement cognitif causé par la maltraitance selon Cicchetti et al (2006) est mis en évidence dans nos résultats. Et enfin la nature des défenses psychiques dans les deux types de maltraitance montre les difficultés d'adaptation de ces enfants à la réalité, réalité soit confondue avec le monde interne dans le groupe des enfants maltraités psychologiquement, ou réalité intériorisée comme persécutive impliquant une angoisse d'intrusion chez les enfants maltraités physiquement. Dans les deux cas, apparaissent le clivage entre les deux mondes (interne et externe), ou la confusion, le déni de la réalité, l'identification projective pathologique, toutes ces défenses archaïques, selon l'étiologie kleinienne, ne permettent pas de pronostiquer l'avenir de la santé mentale de ces enfants. Non pris en charge sur le plan psychique, ils pourront évoluer vers un état-limite, ou plus inquiétant vers des décompensations sur un versant dépressif ou psychotique.

En ce qui concerne la deuxième hypothèse, à savoir l'existence d'un stress post-traumatique, les jeux traumatiques répétitifs ont confirmé ce syndrome de type II dans les deux groupes, syndrome mis en évidence par Terr (1991). Le syndrome post-traumatique a pu être observé à travers des comportements, des jeux-traumatiques et des symptômes, exprimés par tous les enfants, et qui étaient typiques d'un état de stress post-traumatique précoce. Bien que tous les enfants aient présenté un état de stress post-traumatique, son expression clinique (ses défenses psychiques) différait en fonction du type de maltraitance subie. Certains de ces comportements, jeux-traumatiques, et symptômes traumatiques similaires ont été retrouvés chez plusieurs enfants ayant été victimes du même type de maltraitance. N'ayant pu évaluer la forme de maltraitance infligée à l'enfant et sa répétition ou non, nous n'avons pas pu montrer la notion de poly-victimisation selon Finklehor et al (20006), poly-victimisation qui entraîne fréquemment une dissociation psychique, symptôme lié aux conséquences du traumatisme réel. Par ailleurs, la majoration de l'anxiété varie avec la forme de sévices. La répétition d'une même forme maintient l'état d'anxiété, comme si l'enfant, en étant habitué, a le temps de mobiliser son angoisse par rapport au danger, alors que la divergence des formes génère une majoration de l'anxiété, comme si la surprise créée par cette variance engendre une réaction d'effroi à chaque trauma, cumulant ainsi des traumatismes.

Quant au paramètre culturel, il ne fut pas pertinent, parce qu'il n'y avait que 4 enfants migrants dans notre cohorte. Mais les cas cliniques qui vont suivre pourront mettre en évidence l'implication culturelle comme un moyen de justifier parfois la maltraitance.

VI-Illustrations cliniques

Afin de pouvoir illustrer l'ensemble de nos résultats, nous avons souhaité présenter 4 vignettes cliniques dont 2 enfants ayant été maltraités psychologiquement et leur mère. Parmi ces deux vignettes, une présente une spécificité culturelle régionale et l'autre présente une spécificité interculturelle.

De la même manière, nous présentons ensuite deux vignettes cliniques d'enfants ayant été maltraités physiquement et leur mère dont un est issu de la culture régionale et l'autre présentant une dimension interculturelle.

L'analyse de ces cas, nous permettra d'ouvrir sur une hypothèse à savoir si le défaut de représentation de l'enfant réel au cours de la grossesse, à la naissance, peut avoir contribué à la maltraitance de l'enfant.

1-La maltraitance physique

Situation clinique d'une dyade mère-enfant avec une spécificité culturelle régionale

L'enfant 22-F-P a une grande sœur, âgée de 4 ans, issue d'un père différent du sien. Le père de la première fillette est actuellement incarcéré, Mme étant toujours mariée avec celui-ci vit actuellement avec le père de l'enfant 22-F-P. L'ancien conjoint, tout comme l'actuel, a exercé des violences sur la mère et pouvait se *montrer violent et maltraitant physiquement envers les enfants*. La police a constaté l'insalubrité du logement, et à cause de la complexité de l'histoire familiale, la pouponnière où est placé l'enfant est un lieu gardé secret. L'analyse du parcours institutionnel montre que l'enfant est âgé de 26 mois quand un procès-verbal de renseignement est rédigé par les services de Police qui ont accompagné la mère et les enfants à l'hôpital suite à un *épisode particulièrement violent de violences conjugales*. L'hôpital signale la situation, une ordonnance de placement provisoire est rendue en urgence par le procureur de la république pour *des violences conjugales qui entraînent des révélations de maltraitance* de la part de l'actuel compagnon de Mme (père de l'enfant 22-F-P) sur les enfants. Quelques jours plus tard une lettre d'information préoccupante est envoyée conjointement à une lettre d'évaluation de la psychologue qui précise que *l'aînée a clairement*

indiqué être victime, comme sa sœur, de violence paternelle. Un mois plus tard, lorsqu'elle est âgée de 27 mois, l'audience aboutit *aux aveux parentaux que les enfants ont été exposés à des scènes traumatisantes.* Une ordonnance aux fins de placement provisoire est ordonnée pour 6 mois ainsi qu'une mesure d'investigation.

L'enfant 22-F-P a un Q.D. Général en dessous de la norme (82). Les résultats des Q.D. Partiels montrent une hétérogénéité avec une prédominance du Postural (92) au détriment de la coordination (73) qui se situe proche des grands retards d'acquisitions. Concernant la MPPE, l'enfant a choisi 17 objets sur 33 proposés, certains comme le bébé dur et le biberon sont surutilisés, et utilise majoritairement le procédé du contact suivi d'une importante utilisation de la mise en scène. L'enfant n'explore pas les qualités de l'objet, vue la faible manipulation mais préfère mettre plusieurs objets en association ou mettre en scène un jeu dont la symbolique agressive sous-jacente est en lien avec un état de stress post-traumatique.

Dans plusieurs séquences de jeu, l'agressivité, qui semble déborder l'enfant, s'exprime dans le changement d'objet mais le même type de comportement, agressif et hostile, perdure. Ce comportement cesse uniquement par une inhibition totale. L'inhibition s'alterne avec l'agressivité actée dans des modalités différentes mais toujours dans un comportement proche d'une compulsion de répétition. Ainsi, l'agressivité et le comportement exploratoire se voient inhibés subitement dans un processus proche de la rupture. Cette inhibition défensive ne restructure pas la pensée de l'enfant, le comportement agressif qui persiste devient plus cru et violent ; le jeu repris prend l'allure d'un jeu compulsif dont l'aspect agressif et mortifère ne cesse d'accroître pour aboutir chez cette petite fille par la mise en scène d'un infanticide. Elle saucissonne le bébé dur avec la cordelette. Nous pouvons nous interroger sur ce jeu comme jeu-traumatique qui vient envahir l'ensemble du fonctionnement psychique et comportemental de l'enfant et exacerber son angoisse. L'enfant semble vouloir maîtriser l'angoisse par la répétition du même scénario, laissant supposer à une tentative d'élaboration, mais au fur et à mesure de sa duplication, l'angoisse déborde et sidère l'enfant qui se fige dans un gel postural.

Cette vignette clinique illustre comment, chez les enfants maltraités physiquement, le comportement agressif vient se répéter jusqu'à devenir compulsif et comment, par l'analyse du scénario sous-jacent, nous pouvons repérer une émergence crue liée à une thématique agressive et morbide. De par son comportement, l'enfant externalise sa souffrance liée au traumatisme. Selon la théorisation de Terr, nous pouvons dire que l'enfant semble

victime d'un traumatisme de type II qui s'illustre notamment par un comportement de rage. En effet, comme le précise Terr, chez l'enfant maltraité, le sentiment de la colère est constamment présent et s'illustre par des comportements agressifs et répétitifs qui montrent que ces enfants ont internalisé une forme de violence qu'ils ont eux-mêmes subie. Cette internalisation agressive est ainsi très redoutée et peut effrayer l'enfant qui peut adopter comme stratégie défensive à cette agressivité, l'extrême passivité. L'extrême agressivité et l'extrême passivité cohabitent chez l'enfant, elles peuvent se succéder de manière très labile. Une autre manière de se défendre de cette rage est le développement de comportements auto-mutilatoires ou l'identification à l'agresseur.

-Discours de la mère

Ayant reçu la mère de l'enfant 22-F-P après de nombreux rendez-vous manqués, d'hésitations, exprimant son ambivalence (Mme ne venant pas mais appelant et expliquant vouloir venir) celle-ci relate avoir été victime d'une maltraitance physique de la part de sa mère. En effet, en relatant longuement, son parcours institutionnel à travers ses placements dans plusieurs foyers, son adolescence difficile ponctuée de passages à l'acte hétéro-agressifs et de tentatives de suicides multiples, l'évocation des maltraitances infantiles entraîne une certaine confusion chez elle entre les éléments de l'enfance et ceux d'aujourd'hui (passé et le présent) elle *nous cognait la tête sur le mur. Maman avait des violences verbales, elle nous traitait comme des moins que rien, elle le fait toujours.* Cette évocation des maltraitances infantiles se réactualise de par la relation que sa mère entretient avec ses propres filles. Mme évoque une impossibilité de parler à sa propre mère des maltraitances qu'elle a subies et de la questionner sur son passé. Ces silences vécus comme de véritables tabous familiaux sont la cause d'une grande souffrance. L'interpellant sur l'hypothétique lien entre l'éducation qu'elle a reçue et celle qu'elle offre à ses filles, elle déclare qu'il n'y a *pas de lien, moi je m'occupe plus de mes enfants, le fait qu'elle (sa mère) soit droite et correcte avec mes filles c'est comme si elle me disait que notre histoire c'est du passé et qu'elle ne referait pas les mêmes erreurs.* Alors qu'elle a toujours rencontré des compagnons violents, et que sa grossesse fut pour elle une première tentative d'émancipation oui, *j'ai toujours voulu avoir un enfant, je sentais le besoin de m'occuper, je suis une mère dans ma tête.* Mme explique n'avoir jamais pensé à l'IVG à cause de ses principes de protection et d'amour envers les enfants. Alors qu'elle a

exposé ses filles aux maltraitances physiques par ses compagnons violents et s'est montrée incapable de les protéger.

Concernant sa grossesse, Mme évoque qu'elle a eu la conviction d'être enceinte lors d'une soirée très alcoolisée où elle a senti « l'ivresse l'envahir » de manière plus rapide et plus massive qu'auparavant. Ce qui l'amena à en déduire qu'elle était enceinte. Ambivalente quant à son désir d'enfant, et du fait que l'enfant soit issu d'un père violent, Mme continue à s'alcooliser durant sa grossesse, notamment en compagnie de sa propre mère. Elle raconte que c'est son compagnon qui a décidé du prénom de sa fille qui est la conjonction du nom de la sœur décédée du mari auquel a été ajouté à la fin du prénom la même lettre que le père a choisie pour tous ses enfants. Cet enfant semble être un enfant de remplacement de la sœur du père qui est morte et porteur un mandat intergénérationnel. Concernant le sexe de l'enfant et les souhaits autour de cet enfant à naître, Mme dit avoir des croyances *j'étais plus sucrée que salée donc je savais que c'était une fille, c'est simple*. Cette croyance relèverait de la culture régionale normande. Restant très évasive sur les techniques de maternage, Mme évoque avoir allaité son enfant pour privilégier une certaine fusion avec ses filles, fusion recherchée par cette mère notamment dans le co-sleeping. Mme peut évoquer aussi des angoisses d'infanticides avec la crainte de noyer (phobies d'impulsions) l'enfant lors des baigns. Enfin, concernant le récit des actes maltraitants, Mme décrit, sous forme défensive, l'épisode de maltraitance de son conjoint sur ses filles : *ma fille aurait dit que papa lui aurait mis un coup de barre sur la tête, je ne sais pas pourquoi elle a dit ça. Je suis partie aux toilettes, j'étais là et pas là et elle avait du sang sur la tête, mais je ne pense pas qu'il aurait pu lui faire du mal. Il faisait un jeu dangereux que le méchant loup, si elle était méchante, il la taperait avec la barre. Il la menaçait comme ça*. Non seulement le désir d'enfant de cette mère semble s'inscrire dans un désir d'enfance pour tenter de réparer ses traumatismes infantiles, mais il exprime un défaut de représentation de l'enfant réel au cours de la grossesse, après la naissance en exposant sa fille à la violence du père et en niant le passage à l'acte et la souffrance de l'enfant. Elle exprime son ambivalence imprégnée des angoisses d'infanticide à l'égard de l'enfant.

Situation clinique présentant une dyade mère-enfant avec une spécificité interculturelle

Madame N est âgée de 24 ans, elle est de l'ethnie Bambara. Madame N a une jumelle ; elles sont benjamines de leur fratrie de 10 enfants. Elle est restée très proche de sa famille qui vit en région parisienne. Madame est particulièrement attachée à l'une de ses sœurs qui

semble représenter une figure maternelle pour elle. En effet, madame relate un vécu familial empreint de discrimination entre sa sœur et elle. Sa mère la qualifiait de fille « molle » alors que sa jumelle était perçue comme très dynamique et dégourdie. Elle a surinvesti ses apprentissages scolaires et a bien réussi ses études contrairement à sa sœur qui a préféré travailler très tôt.

Amy est son bébé de sexe féminin, âgée de 8 mois 28 jours, lorsque nous la rencontrons.

Une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) a été ordonnée concernant Amy, suite à une information préoccupante faite par l'assistante sociale et la psychologue de l'hôpital. En effet, Amy, conduite aux urgences de l'hôpital par ses parents présentait des fractures multiples. Durant le séjour de l'enfant à l'hôpital, les parents étaient présents de manière permanente auprès d'elle. Après huit jours d'hospitalisation, Amy a été accueillie dans une famille d'accueil. Elle passa un mois au sein de la famille d'accueil ; au cours de ce séjour les parents l'avaient rencontrée à deux reprises avant que la garde soit confiée à la mère. Des visites médiatisées ont été ordonnées avec le père qui a été mis en cause dans le signalement.

Le signalement a fait suite à l'explication confuse donnée par les parents concernant la fracture de la clavicule gauche de l'enfant et une fracture ancienne de la 8ème côte gauche. Les parents ont justifié ces fractures par les pratiques de massage relevant de la tradition par le père, qui selon eux, relèvent de leur culture. Une suspicion de syndrome de Silverman a été diagnostiqué ; ce qui fut à l'origine du signalement judiciaire et du placement.

L'enfant 35-F-P, âgé de 8 mois 28 jours lors de l'observation a un Q.D. Général très en dessous de la norme (72) et proche des grands retards d'acquisition (fixé à 70). Les résultats des Q.D. montrent un profil proche de l'hétérogénéité avec une prédominance du Q.D Postural (75) et de la Coordination, au détriment du Q.D. Langagier (62) qui reste le Q.D. Partiel le plus inquiétant. Ces résultats sont très inquiétants quant aux possibilités de cet enfant à pouvoir compenser son retard développemental.

Le jeu d'Amy s'est centré sur le choix de 3 éléments de jeu sur 33 choix possibles. Ce nombre de choix traduit la pauvreté de l'investissement du jeu par cette petite fille. Elle n'utilise que le biberon, le couvercle de la boîte de la pâte à modeler et sa tétine. Mais le mode de saisie est exclusivement centré sur le contact (le toucher) avec l'objet. L'analyse des procédés du jeu témoigne que les procédés utilisés hors du jeu avec le matériel ont été exclusivement dominés par les pleurs. La situation projective est difficile pour cette enfant qui

ne peut supporter la mise en retrait de sa mère, retrait qui déclenche inéluctablement une grande détresse. Lorsque sa mère est plus présente dans la situation projective et qu'elle bouge, elle s'inquiète et arrête de jouer. Amy manifeste une grande difficulté à se séparer de sa mère, difficulté qui s'est répercutée sur son investissement dans le jeu ; elle reste sur le qui-vive au moindre mouvement de sa mère. Il faut rappeler qu'elle a été séparée brutalement de sa mère par son placement d'urgence et semble avoir été « traumatisée ». Ses comportements d'hyper-vigilance et son angoisse sont tels qu'ils entravent ses capacités d'exploration de son environnement comme en témoigne la faible utilisation de procédés Sensori-moteurs impliquant une action dirigée vers le matériel au profit de procédés de Recours à la relation, et notamment avec sa mère pour être contenue.

Il nous faut préciser que sa faiblesse dans le mode de saisie du matériel ne se situe pas au niveau de l'âge (car entre 6-11 mois, il y a une fragilité de l'engagement moteur du jeune enfant), mais plutôt au niveau de sa difficulté à gérer l'angoisse de séparation. Cette angoisse a été constatée à travers l'incapacité d'Amy à jouer sans la participation très active de sa mère. Son état d'insécurité intérieure est important alors que les parents pensent lui avoir donné confiance en elle par les massages. En effet, les parents ont justifié les fractures par la maladresse du père dans les massages traditionnels ; or selon la tradition, ces massages qui font suite à la chute du cordon ombilical impliquant la grande suspension sont sensés de contribuer à l'acquisition d'un self-contrôle émotionnel par l'enfant pour vaincre ses peurs. Ce qui confirme la contradiction des parents quant aux buts et à l'efficacité de leurs gestes.

Ainsi, les faibles résultats au Brunet-Lézine peuvent s'éclairer par les manifestations comportementales, psycho-affectives à l'œuvre au MPPE qui traduisent une angoisse de séparation. Lorsque cette angoisse apparaît, la petite fille ne peut la contrôler et bascule dans un effondrement massif. Cette angoisse de séparation entrave son autonomie, la rendant ainsi plus dépendant de son entourage. Le psycho-traumatisme est de type II selon la grille de Terr, car l'événement a été répété et a duré dans le temps. Les massages qu'elle subissait par son père étaient quasi quotidiens. Elle a été par ailleurs témoin de la violence du couple au cours de laquelle elle « s'est cassée la clavicule droite » selon les parents. Cette exposition à des blessures graves semble avoir menacé son intégrité physique à travers une confrontation réelle à la mort ; ce qui peut conduire à un télescopage entre angoisse de séparation, de perte et de mort chez un si jeune enfant. À travers ces comportements, elle est envahie alors par l'effroi, la terreur d'un père qui ne perçoit pas la douleur de sa fille et d'une mère qui est complice. Au regard de son âge, Amy semble manifester un sentiment d'impuissance face à une réalité

morbide. L'exposition d'Amy à la violence parentale peut être mise en relation avec différentes situations qui ont ponctué la naissance de cet enfant. En effet, selon la culture africaine, la représentation traditionnelle de l'enfant, les circonstances et les épiphénomènes qui entourent une naissance peuvent constituer des éléments qui singularisent l'enfant et qui lui attribuent un statut particulier. Amy est née avec une clavicule cassée à cause d'une expulsion difficile, le père perd son emploi, et le père de Monsieur tombe gravement malade jusqu'à entrer dans un coma. Ajoutons que le prénom « Amy » est celui de la défunte sœur de Monsieur. Ces différents éléments rassemblés montrent que l'arrivée d'Amy n'était que porteuse de mauvais présage. Comme le père le précise : « là-bas », parlant du pays, « ils diront que c'est un enfant sorcier ». En disant « là-bas » monsieur semble mettre une distance avec ses croyances culturelles et le fait qu'il soit en France dans une autre culture. Mais il est rattrapé par les circonstances qui entourent la naissance de son enfant. En effet, si l'enfant sorcier a un statut socialisé au pays, dans le pays d'accueil avec le doute des croyances culturelles, ces enfants deviennent des persécuteurs réels et sont souvent exposés à la maltraitance. Les manifestations du statut de l'enfant persécuteur, abandonné à son sort, et du traumatisme se perçoivent chez Amy à travers les pleurs, le manque d'appétit ; Madame souligne que c'est peut-être qu'elle n'est pas une « grande mangeuse » pour expliquer le retard de développement qu'elle accuse. Alors que les pleurs du jeune enfant sont souvent le signe, selon la tradition culturelle, d'un enfant étranger qui souhaite rejoindre le monde invisible. Et le manque d'appétit entre aussi dans la catégorie de ces étiologies traditionnelles.

Il ne s'agit pas de tradition culturelle dans la pratique de cette famille, mais plutôt de transgressions qui ont contribué à exposer cet enfant. En effet, cette acculturation négative se traduit par une permutation des places dans le couple ; Monsieur nous dit qu'il veut « enculturer » sa femme (née en France) qui selon lui, est « acculturée » pour justifier les pratiques de soins à son bébé. Ainsi il se substitue à la mère pour le bain, les massages, en faisant référence à la transmission qu'il a reçue de sa propre mère. Or les techniques de maternage se transmettent de mère en fille dans cette culture et non l'inverse. Par ailleurs, les soins du corps d'un bébé fille par un père sont souvent vécus comme une atteinte à la pudeur de l'enfant prenant valeur d'un inceste. S'identifiant à sa mère, il dit que c'est lui qui se réveille les nuits pour donner le biberon à Amy ; il lui dispense le bain et lui fait le massage traditionnel. Et il justifie sa fonction parce que son épouse n'a pas reçu la transmission de sa mère pour être mère, mettant en cause une relation complexe mère-fille. Et la mère ne revendique pas sa place, en se rendant complice de cette transgression. Si le père d'Amy ne

respecte pas les codes culturels qui attribuent des espaces spécifiques à la mère dans le soin à l'enfant, et au père dans les rituels de passage, l'histoire douloureuse de la mère a contribué à cette délégation de sa fonction maternante au père.

Dans cette situation de transgression culturelle les massages, qui s'inscrivent habituellement dans une efficacité réelle en accélérant le rythme du développement de l'enfant, et symbolique pour socialiser la différence des sexes, et apprendre à l'enfant à vaincre ses peurs en côtoyant le monde invisible, ont été pratiqués en étant dépourvus de sens culturel mais à des fins d'instrumentalisation du bébé par les parents.

Discours de la mère

A la base, je me disais que j'allais me marier, j'allais avoir un enfant. Je voulais un enfant, lui n'était pas prêt à cause de son arrêt de travail. Après le mariage, on s'est mis d'accord. Le désir venait de moi. Je l'ai convaincu jusqu'à ce qu'il me dise « oui ». Au fond, je savais ce qu'il voulait mais la situation fait que ça s'est compliqué. Au début, j'étais malade. Je ne savais pas que j'étais enceinte... J'étais impatiente. Je me demandais, si je serais capable de m'occuper d'un enfant. C'est quelque chose de nouveau... Un cousin proche avait perdu son bébé et une autre personne avait aussi perdu le sien. Au cours de la deuxième échographie, elle était en dessous du poids, j'avais peur de perdre ma fille. Je crois que je n'ai pas imaginé ma fille. J'espère juste qu'elle ne « me » (lapsus) ressemble pas son à père. Parce que c'est moi qui l'ai portée. Le discours de la mère montre bien le défaut de représentation de son enfant lors de la grossesse, défaut empreint d'une angoisse de mort.

La grossesse s'est bien déroulée, mais l'accouchement a été « difficile ». Les contractions étaient très proches et à chaque fois qu'il y en avait une, le cœur du bébé ralentissait. Elle avait avalé ses selles, le cordon était autour de son cou. Au cours de l'accouchement, Amy a eu une fracture de sa clavicule droite à sa naissance, parce qu'on l'a « tirée de force » ce qui a nécessité un suivi à l'Hôpital. *Elle n'arrive pas à téter, à se nourrir, à prendre du poids. Je me suis dit que ça n'allait pas être simple. J'étais déboussolée, les autres bébés arrivent à manger, elle non, elle n'a pas d'appétit. J'ai perdu confiance en moi. On se remet en question, est-ce que je vais pouvoir y arriver comme il le faut. J'étais rassurée, j'allais être chez ma mère. Elle a l'habitude. C'est la tradition. A L'accouchement, on me l'a montrée et je pensais qu'ils sont partis avec elle. Je n'avais pas d'émotion, je me posais la question si c'était vraiment ma fille. Quand elle est née, elle était « limite blanche » (couleur du Blanc).*

Je ne retrouvais pas la ressemblance avec moi. J'avais du mal à me convaincre que c'était ça qui était sorti de moi. Peut-être qu'on ne m'a pas rendu le bon bébé, ça m'a juste traversé l'esprit. A cause de tout ça, je ne faisais pas le bain, j'avais peur qu'elle me glisse des mains ou autres... que je la fasse cogner, que l'eau soit chaude ou pas ». Elle explique pourquoi elle a délégué sa fonction au père. Pour se dédouaner de toute complicité dans la maltraitance, elle dit *j'étais toujours dehors quand son père lui faisait prendre son bain, et faisait son massage.*

Selon Mme, Amy ne prenait pas bien son sein et elle a dû lui donner le biberon. Elle a arrêté l'allaitement à 1 mois. Et elle insiste pour dire que c'est peut-être parce que l'enfant n'est pas une « grande mangeuse ». C'est peut-être une défense contre l'atteinte narcissique que lui renvoie son enfant qui refuse son sein, alors qu'elle doutait déjà de ses capacités maternelles.

Il ressort qu'en ce qui concerne la fracture de la clavicule gauche de l'enfant, les parents affirment qu'elle se tenait assise et serait tombée sur son bras gauche. Or à cette période, elle avait acquis la position assise depuis plus d'un mois. Les médecins ont trouvé une autre fracture au niveau de la côte. La mère dit n'avoir jamais perçu de douleur chez sa fille dans cette zone. Ce déni de la mère sur la souffrance de sa fille nous interroge sur son ambivalence à l'égard de cet enfant qu'elle a eu du mal à se le représenter lors de la grossesse, qu'elle a investi comme un « étranger » à cause de sa couleur claire, de l'idée qu'il a été échangé, de son absence d'émotion à la naissance lors de la présentation de son enfant. L'enfant a-t-il ressenti l'ambivalence de sa mère au point de l'exprimer à travers le refus du sein, ses pleurs, sa détresse ? La délégation de sa fonction au père devenait alors inévitable pour gérer ses impulsions violentes à l'égard du bébé (peur de la laisser tomber dans le bain, que l'eau soit trop chaude ect..).

2- La maltraitance psychologique et la négligence

Situation clinique présentant une dyade mère-enfant avec une spécificité culturelle régionale

L'enfant 5-G-N est issu d'une fratrie de trois dont il est le dernier né, le premier est âgé 6 ans et le deuxième de 4 ans. Ses parents, ont un écart d'âge important, la mère a eu son premier enfant à l'âge de 15 ans. Ils sont tous les deux mariés et sans emploi. L'enfant est arrivé à la pouponnière en *urgence suite à un épisode de violences conjugales d'une extrême violence*. Il est âgé de 3 mois lorsque l'assistante sociale de secteur effectue un rapport, lequel sera suivi d'une mesure éducative, où elle note un contexte de violence conjugale avec une

alcoolisation massive du père. Agé de 6 mois, l'enfant bénéficie d'une Aide Educative à Domicile (AED) qui sera reconduite pour 1 an ; l'adhésion parentale est acquise mais ils semblent psychiquement accaparés par leur histoire de couple. La mesure éducative administrative sera transformée en AEMO « petite enfance » et implique une TISF. Lorsque l'enfant est âgé de 18 mois, une *Ordonnance de Placement Provisoire (OPP)* est déclenchée et entraîna un accueil en urgence à la pouponnière. En effet, quelques jours avant l'OPP, les éducateurs ont été alertés par l'assistante sociale de secteur qui a reçu *Mme en pleurs, ils sont allés chercher les enfants car leurs vies étaient en danger*. Lorsqu'ils rentrent dans la maison, Mr est alcoolisé et déclare *qu'il va se pendre devant les enfants*. Mr a pu dire qu'un frère de Mme, présent la veille au domicile, très alcoolisé, se serait coupé la main en ouvrant la fenêtre de la chambre des enfants pour vomir en pleine nuit. Dès le placement, les parents ont obtenu le droit de voir leur enfant à raison de deux fois par semaine sans la présence d'un éducateur.

L'enfant a un Q.D. Général en dessous de la norme (81). Les résultats des Q.D. Partiels sont hétérogènes avec une prédominance au Q.D Postural (98) au détriment du langagier (62) qui se situe en dessous de la norme, témoignant d'un grand retard d'acquisition. Concernant la MPPE, l'enfant a choisi seulement 11 objets et a eu recours à seulement 16 modes de saisies d'objets, principalement des procédés de contact et de manipulation et aucune association ni mise en scène ; ce qui implique un protocole relativement restrictif. Cet enfant semble psychiquement accaparé par une problématique traumatique qui s'illustre par un comportement maniaque comme une lutte contre l'effondrement. Cette agitation psychomotrice ne lui permet pas d'élaborer des tâches complexes ou d'investir un jeu.

L'enfant 5-G-N est un petit enfant très vif, éprouvant de grandes difficultés à pouvoir se reposer. Il éprouve des difficultés à manger assis tranquillement, ce qui le pousse à manger debout. Il est constamment en hyper-vigilance de sorte qu'il ne peut pas se concentrer sur une tâche pour regarder autour de lui constamment ou de marcher autour des tables pour examiner son environnement. Cette hyper-vigilance, qui exprime l'angoisse sous-jacente et qui nécessite que l'enfant adopte des comportements d'exploration désorganisés, donne l'impression d'une hyperactivité motrice. Cette hyperactivité motrice laisse penser à une lutte contre l'émergence d'un effondrement tel que le décrit Fraiberg (1962) avec la rage. Il pourrait correspondre à la description clinique des enfants terrifiants la journée et terrifiés lors des moments de repos. En proie à des reviviscences traumatiques lorsqu'il est contraint au repos et à la passivité, cet enfant semble ne pas supporter le fait de ne pas pouvoir se mouvoir.

Chez cet enfant, l'hyperactivité motrice est une tentative défensive lui permettant de ne pas penser et de gérer l'angoisse liée aux traumatismes.

Lors de la passation, l'enfant a des comportements très labiles et agressifs, avec une agitation très forte. En effet, d'emblée, l'enfant se saisit du biberon qu'il secoue frénétiquement. Ces secouements prennent la forme des stéréotypies, entravent la relation avec le clinicien ; car le petit garçon s'enferme dans ces comportements compulsifs. L'agressivité et l'émergence de l'angoisse entraînent une fuite dans l'exploration annexe, l'enfant regarde ailleurs. En effet, l'exploration annexe est une tentative défensive de protection face à l'émergence de l'excitation soit auto-érotique ou agressive qui demeure toutes deux potentiellement débordantes. L'enfant ne peut pas jouer, il se contente de claquer les jouets, de toucher les jouets et de les laisser tomber. Néanmoins ces défenses psychiques ne semblent pas suffisamment efficaces pour éviter l'effondrement, car vers le milieu de la passation, l'enfant *regarde ailleurs, prend la cordelette qu'il met autour de son cou. Il la laisse tomber, touche le téléphone et regarde ailleurs. Il se dirige vers le sac, et fouille dedans. Il s'effondre et s'immobilise de manière prostrée et gémit tout en criant puis, suite à une sollicitation de ma part, il reprend le téléphone, s'agite tout en se déplaçant, et me sollicite en s'approchant de moi.* Ainsi, comme le souligne Fraiberg (1962), l'enfant est dans une lutte contre l'émergence du traumatisme. Cette lutte participe à l'émergence de comportements hyperactifs qui lui assurent une défense maniaque contre un effondrement psychique.

-Le discours de la mère

La mère de l'enfant 5-G-N a tout de suite accepté l'entretien, celle-ci étant en demande de pouvoir relater sa vie. Mme évoque directement son enfance difficile ponctuée de maltraitance parentale, sa parentification, sa confrontation à des scènes traumatisantes, ses passages dans des foyers successifs, ses placements familiaux maltraitants et fugues multiples. En effet, Mme met directement en lien la maltraitance que ses parents ont subie avec celle qu'elle a subie et celle que ses enfants ont subie comme une sorte de transmission culturelle de liens familiaux impossible à dépasser, en disant *j'ai l'impression que c'est un schéma reproductif de ma vie actuelle. L'alcool du père et la violence envers ma mère. C'est comme si que j'avais fait la guerre, ça laisse des traces, voir ma mère en sang, c'est marquant.* Cette famille a construit son mythe sur la violence, faute de pouvoir s'inscrire dans

une culture pourvue de sens. En effet, en proie à des symptômes traumatiques notamment liés à des reviviscences de scènes particulièrement traumatisantes telles qu'elle les relate, *c'est vrai que ma mère je l'ai souvent vu s'ouvrir les bras, pour se suicider devant nous*, ce qui la fait associer directement avec la maltraitance vécue par ses propres parents, *j'ai un schéma reproductif, mes parents n'ont pas été placés pour la même chose. Ma mère, elle a eu une enfance tellement pourrie qu'elle nous l'a fait payer. Sa mère s'est pendue quand ma mère avait 18 mois. La grand-mère de ma mère ne supportait pas ma mère car elle ressemblait à sa fille. Elle a été placée, elle est marquée, elle a été maman pour oublier son enfance.*

Chez cette mère, le couple et la maternité précoce ont joué le rôle d'une tentative d'émancipation et un moyen de combler un vide affectif notamment pour avoir quelqu'un *qui allait pouvoir me donner le bonheur que j'ai pas eu*. Lorsqu'elle évoquera la place de la grossesse, Mme n'aura de cesse de relater la répétition intergénérationnelle de la maltraitance. En effet, lors de l'annonce de sa grossesse à son mari, celui-ci commencera à devenir violent notamment à cause du fantasme que cet enfant soit un enfant illégitime. Mme associe la violence de son mari avec les actes violents de son propre père sur son frère *mon père battait mon frère car il pensait à l'échographie que ça allait être une fille, il disait que c'était un bâtard*. Elle évoquera la possibilité de l'IVG si le mari le lui avait demandé car elle craignait le rejet de l'enfant-garçon par son mari à l'image du rejet de son père à l'égard de son frère.

Néanmoins Mme est consciente d'une certaine contrainte inconsciente à répéter son passé *j'ai l'impression que c'est un schéma reproductif de ma vie actuelle. L'alcool du père et la violence envers ma mère. Mon mari me battait mais pas les enfants. Et j'avais l'impression de voir mon père*. Continuant à investiguer le désir de grossesse et notamment le souhait du sexe de l'enfant, Mme dit *pour cet enfant je voulais une fille car j'ai eu 2 garçons, j'étais déçue, je pleurais chez le gynéco, c'est comme si on m'avait annoncé une maladie. A la grossesse ça a été dur car je n'ai pas accepté que c'était un garçon*. La suite du discours de Mme se centre sur ses difficultés à gérer le quotidien, les tâches ménagères et le maternage de ses enfants. Concernant les techniques de maternages, celles-ci sont peu verbalisées mais semblent cohérentes avec des affects positifs. Elle évoquera aussi sa crainte importante de Mort Subite du Nourrisson qui l'a obligée à pratiquer le co-sleeping pour protéger l'enfant de la mort, mais surtout pour gérer son angoisse de mort à l'égard de cet enfant.

Enfin, concernant l'évocation des motifs du placement, Mme relate un épisode de violence conjugale particulièrement traumatisant, car elle provoqua chez Mme la certitude qu'elle allait mourir : *Je devais le (le mari) coucher car il était ivre mort, je l'ai pris sur mon dos et l'ai déposé dans le lit, il ne marchait plus. Dès le lendemain, le matin j'avais un rendez-vous avec l'assistante sociale et il a refusé, il m'a battue car il pensait que j'allais le dénoncer. Il m'a poursuivie jusque dans la rue, m'a trainée par les cheveux dans tout le jardin. Je suis allée avec l'Assistante sociale à l'hôpital, et les éducateurs sont allés voir les enfants. Monsieur était encore très alcoolisé et il disait qu'il allait se pendre. C'était beaucoup plus violent que d'habitude, il m'a trainée dans le jardin. Je me suis dit si je ne sors pas je suis morte, son regard était très méchant, révolté.* Remarquons que son discours ne laisse aucune place aux vécus et aux conséquences traumatiques de cette scène sur ses enfants.

Cette répétition de la violence à laquelle elle se soumet et soumet ses enfants et qu'elle présente comme un lien filiatif intergénérationnel interroge sur sa passivité, son ambivalence à l'égard de ses enfants. Son désir d'enfant oblitéré par son histoire familiale semble entraver la représentation de l'enfant réel lors de sa grossesse. Ce défaut de représentation de l'enfant réel est imprégné de vœu de mort sur le fœtus (IVG, sexe du bébé non désiré).

Situation clinique présentant une dyade mère-enfant avec une spécificité interculturelle

Madame S était âgée de 38 ans lors de notre rencontre. Elle est d'origine camerounaise appartenant à l'ethnie Wolof (ethnie fréquente au Sénégal). Elle relate qu'elle a eu une relation très compliquée avec sa mère qui la maltraitait psychologiquement. Elle précise qu'à l'adolescence, sa mère ne la supportait pas, et la renvoyait à chaque fois auprès de son père comme une punition. Elle est de confession catholique et est pratiquante.

L'enfant de Madame est nommé, Arouna. C'est un bébé garçon, il est né prématuré. Il est âgé de 9 mois 04 jours lors de notre rencontre.

Suite à une information préoccupante, la PMI propose à la mère un suivi régulier dans son service parce qu'elle souffrait d'être séparée de son compagnon. Cependant, Arouna a séjourné, durant un mois après sa naissance, dans un service de néonatalogie. Cette naissance prématurée semble être en lien avec le vécu de la mère dans son couple.

En effet, elle avait tenté de se suicider à cause des conflits de couple, mais a hésité en pensant à son fils aîné. C'est à cette période qu'elle s'aperçoit qu'elle est enceinte, bien qu'elle n'ait pris aucune précaution en s'exposant à cette éventualité. La naissance précoce est survenue suite à une dispute avec son compagnon qui l'avait accusée d'avoir fait cet enfant dans son dos dans le but de le retenir. Par ailleurs, le père de l'enfant l'avait soupçonnée d'adultère pour mettre en doute sa paternité et ne pas reconnaître l'enfant. Malgré sa présence physique à l'hôpital pour voir son enfant, la mère a manifesté un rejet de son fils parce qu'il n'a pas été reconnu par le père et ne l'a pas su le retenir. Par ailleurs selon la tradition, un enfant illégitime n'a pas de statut sans filiation paternelle.

L'observation a été réalisée lorsque l'enfant 13-G-N était âgé de 9 mois 04 jours, mais étant un enfant prématuré, l'âge corrigé de cet enfant était de 7 mois 04 jours.

L'enfant présente un développement global dans la norme supérieur, fixé à 110, mais à la limite du profil hétérogène avec un Q.D Postural (114) supérieur aux autres QDP et un Q.D Langagier (100) qui reste le plus faible des Q.D. Partiels. Le protocole projectif à la Mallette Projective Première Enfance met en évidence un bon investissement du cadre, bon investissement qui doit néanmoins s'accompagner de la personne qui s'occupe de lui au quotidien. Cette nécessité d'un étayage externe n'est pas un élément pathologique et reste conforme à son âge, bien qu'il ait été séparé de sa mère à cause de la prématurité. En effet, l'enfant, dans sa forte appétence au lien, éprouve un besoin constant de se réassurer dans la réalité que cette personne est présente et disponible, comme en témoigne une nette prédisposition à avoir recours à la relation à l'autre. Conformément à son âge, le protocole de cet enfant montre qu'il utilise majoritairement les procédés sensori-moteurs. Néanmoins, face à un choix relativement restrictif de jouets (8 sur 33 proposés), force nous est de constater que l'enfant a une utilisation répétitive des éléments, même si le mode de saisie est varié.

Malgré un bon investissement de la situation projective, l'enfant présente une limitation de l'activité gestuelle et exploratoire ainsi qu'une nette prédisposition à se mettre en retrait, que ce soit par une mobilisation visuelle hors du jeu qui bien souvent nécessite, pour le clinicien, de solliciter directement l'enfant ou qu'il le soit par ses pleurs. En effet, l'angoisse de l'enfant est perceptible à travers les épisodes de détresse se manifestant par des pleurs, détresse qui nécessite, pour le clinicien, de « contenir » l'enfant. De même, l'enfant arrive à se saisir de la présence du clinicien, en tant que support d'étayage, pour essayer de

contenir son angoisse ; et lorsqu'il ne peut pas utiliser le clinicien, l'enfant saisit un objet qu'il garde en main. Ainsi, par l'utilisation du clinicien, de ses regards pour s'assurer que l'autre est toujours présent et disponible, et le fait de garder un objet en main, l'enfant montre une position de contrôle de l'objet (objet maternel) pour maîtriser ses angoisses de séparation particulièrement marquées dans son cas.

Faut-il se rappeler que cet enfant a subi une séparation précoce à cause de sa prématurité, ce qui peut amplifier son angoisse.

Le protocole projectif de l'enfant nous permet d'éclairer les résultats obtenus lors de la passation du Brunet-Lézine Révisé, notamment le score élevé au niveau de la sociabilité qui exprime l'empreinte d'un environnement élargi stimulant pour l'enfant. Le rapproché corporel nous indique un autre mode de relation dans lequel le corps à corps est recherché dans les recours à la relation. Faut-il faire un lien avec le contact de proximité qui est culturellement favorisé dans le maternage ?

L'aspect psycho-traumatique est perçu dans le discours de la mère, *Je le sentais triste, c'est un enfant qui se cache qui est inexistant. Il avait l'air triste*. Or selon la croyance culturelle africaine, un enfant triste est un enfant qui n'est pas content d'être parmi les vivants. Face au double rejet (de la mère et du père) la réaction de ce bébé à la maltraitance s'est traduite par un sentiment d'impuissance. Et les manifestations principales sont le retrait et les pleurs constatés au niveau du protocole de MPPE. Selon cette structure familiale culturelle, l'absence de reconnaissance de l'enfant par le père ne lui donne pas d'existence sociale. En effet, même si sa mère, la mère de sa mère (sa grand-mère) ou son oncle maternel le font baptiser parce qu'ils sont chrétiens, il aura un prénom mais n'aura pas de nom, puisque c'est le père qui transmet son nom à ses enfants. Cette absence de nom ne l'inclut pas dans un patrilignage, et marque de manière indélébile toute la vie de cet enfant. Cette phrase de la mère confirme l'importance de cette affiliation paternelle dans la vie de l'enfant *le jour où le père l'a pris dans ses bras, c'est comme si l'enfant renaissait. Il avait commencé à montrer qu'il était là*.

L'apport de la culture a peut-être permis à Arouna d'être moins exposé aux mauvais traitements psychologiques. Le rejet du père a été interrompu par la nomination et l'acceptation du père de son enfant lors du travail effectué dans les visites médiatisées. Comme le souligne la mère, son enfant a commencé à vivre à partir du moment où le père l'a

touché et pris dans ses bras. En effet, dans l'ethnie Mina du père, il existe un rite traditionnel qui est pratiqué, qui est celui de la sortie du nouveau-né. La signification première de ce rituel est de confier le nouveau-né à ses aïeux dans la tradition de ses ancêtres, c'est-à-dire l'inscrire dans la filiation paternelle et dans la généalogie ancestrale. Cette cérémonie symbolise aussi la purification tout en intégrant un *nouvel Homme* dans la communauté, mais avec une double fonction sociale et spirituelle. Car par ce baptême traditionnel l'enfant est présenté aux dieux tutélaires, à son lignage et à son groupe. Ce n'est qu'après cette présentation qu'il est nommé. De confession chrétienne, les parents pratiquent une culture syncrétique combinant la culture religieuse catholique et celle traditionnelle relevant de la religion animiste.

Cependant, cette reconnaissance de l'enfant par le père n'a pu aussi se faire grâce à l'intervention de la tante paternelle qui a reconnu son neveu en lui donnant les soins corporels et surtout en lui faisant des massages à l'eau chaude pour stimuler son développement, et a convaincu son frère que l'enfant lui ressemble. Ce qui a pu peut-être lever le doute de paternité qui habitait les pensées du père.

Discours de la mère

La grossesse a été très difficile ; les médecins, lors des différentes échographies, lui avaient dit qu'il y avait un risque que son enfant soit un enfant trisomique. Elle raconte à chaque visite, il avait toujours quelque chose. Les médecins m'avaient préconisé à deux reprises une IVG. J'ai toujours refusé. Qu'il soit handicapé, je le garde. Il s'est bien battu, il est resté à l'hôpital pendant 1 mois. Il est né à sept mois avec 1, 9 kg. Comme le père ne voulait... je ne savais pas comment préparer sa venue. Le berceau, il y avait tout.... Je le reportais tout le temps. C'était compliqué avec le père. On était dans des chambres séparées. Je mangeais trop et je n'aimais pas réfléchir, je dormais beaucoup. Trop de stress... mettre un enfant au monde sans père dit-elle. Pendant l'accouchement, j'étais accrochée à mon chapelet. Après, la césarienne, je faisais une hémorragie. Je demandais à la sage-femme si elle pouvait me faire dormir. Elle m'a dit, dans ces conditions, il serait impossible. Alors, j'ai prié le seigneur « seigneur, je voulais dormir ». Je l'avais imaginé plus beau. Je le sentais triste, c'est un enfant qui se cache qui est inexistant. Il avait l'air triste.

Arouna est né physiquement bien. Dieu est au contrôle. Ma peur, c'est de sortir sans père.

A la question à qui ressemble l'enfant, la mère répond *malheureusement à son père*. Ensuite, elle poursuit et dit *heureusement, qu'il lui ressemble car le père doutait de sa paternité*. La rencontre mère-enfant s'est déroulée dans un contexte d'empathie de la mère à l'égard de son fils « *j'ai pleuré* », dit-elle. Elle craignait de le perdre au cours de la grossesse, *j'avais peur de ne pas le porter jusqu'au bout, je me battais*. Elle semble consciente de son ambivalence et se culpabilise. Au retour de l'enfant au domicile, sa peur de le perdre, et d'être séparée de lui se traduit ainsi *tout le temps il était à côté de moi, je lui parlais, rattrapais le temps perdu. C'est assez douloureux de le laisser derrière moi* faisant référence à ses visites au service de néonatalogie. Arouna a bénéficié des massages de la part de la sœur du père, plutôt que de sa mère qui dit à ce propos, *je n'avais pas la dextérité, le geste juste pour le faire*. Elle ajoute, c'est aussi pour signifier à la famille de son mari que même *si vous ne voulez pas, je vous laisse la place*, dit-elle. *Une fois, il est tombé malade ; il a commencé à siffler, ça m'a rappelé mes crises d'asthme. J'ai pris peur qu'il parte, que quelque chose me l'enlève. Actuellement, il a l'air d'exister*. L'ambivalence maternelle est imprégnée d'une angoisse de séparation qui entre en télescopage avec une angoisse de mort.

En résumé

Les cas cliniques restitués mettent en évidence le score de chaque enfant selon type de maltraitance, prenant en compte le paramètre culturel. Il ressort de cette analyse que tous ces enfants, indépendamment de leur appartenance culturelle, ont eu du mal à être représentés dans le psychisme de leur mère. L'extrême ambivalence maternelle à l'égard de l'enfant sous-tend un fantasme d'infanticide, fantasme universel mais refoulé après l'accouchement, mais qui est mis en acte dans la maltraitance selon les travaux de Govindama (2014). Selon Becmer et al (2006-2007) il n'y pas de vœu de mort sur l'enfant maltraité mais les parents maltraitants cherchent à se faire reconnaître. Ne s'agit-il pas de la même quête, à savoir que l'acte manqué dans la maltraitance est un appel à l'aide du parent maltraitant pour être entendu à la place de son enfant réel confondu avec le petit enfant en lui en souffrance et victime. Mais dans le

même temps, ne cherche-t-il pas, à travers son acte, à tuer dans la réalité (infanticide réalisé ou dans l'acte manqué), l'enfant du désir parental à travers l'enfant réel ? Ce qui vient conforter le défaut de représentation de l'enfant réel comme sujet qui est envahi par l'infantile parentale durant la grossesse.

CONCLUSION

Cette recherche a étudié les effets des maltraitances physiques et psychologiques sur le développement de l'enfant âgé de 6 mois à 3 ans et interrogé la différence de ces effets selon le type de maltraitance. Le but fut aussi de mettre à l'épreuve, à travers ces effets, l'hypothèse d'un syndrome post-traumatique précoce selon le tableau clinique de Terr (1991)

C'est à travers l'analyse des dossiers des enfants, que le type de maltraitance signalé a été pris en compte dans notre étude. Le consentement du parent légal, notamment les mères, pour réaliser l'étude a permis d'effectuer un entretien avec elles et d'émettre une hypothèse clinique quant à l'origine de l'exposition du jeune enfant à la maltraitance.

En effet, s'il ressort, à l'aide des deux tests (Brunet Lézine Révisé, et la Mallette Projective de la Première Enfance), que les maltraitements physiques et psychologiques affectent le développement de l'enfant dans des secteurs développementaux différents, avec une constance retrouvée dans les deux groupes : le Quotient de Développement Postural est supérieur à celui Langagier. Mais le déficit de développement est généralisé chez les enfants maltraités physiquement et plus important que celui des enfants maltraités psychologiquement. Et malgré de meilleurs scores à l'ensemble des Q.D. Partiels, la dysharmonie observée dans les résultats des secteurs de développement des enfants maltraités psychologiquement laisse présager des conséquences graves sur la santé mentale de ces enfants.

Cette différence se retrouve surtout au niveau des mécanismes de défenses psychiques exprimés à travers des stratégies d'adaptation à la réalité. Les enfants maltraités physiquement manifestent une indépendance motrice qui se conjugue avec une angoisse persécutive contraignant l'enfant à fuir la relation de proximité avec l'autre en usant d'une hypervigilance pour maîtriser son environnement et sa relation à l'autre. Cette angoisse supporte une crainte d'intrusion qui est plus prédominante dans ce groupe, tandis que cette pseudo-autonomie qui peut faire illusion n'est qu'un moyen de la maîtriser. A l'inverse, l'enfant maltraité psychologiquement est dans une recherche effrénée de lien et dont le score de Sociabilité peut témoigner d'une certaine stratégie d'adaptation, notamment aux désirs de l'adulte, mais qui l'empêche de pouvoir rester seul, même en présence de l'autre, pour explorer son environnement et développer des compétences développementales.

Bien que la différence semble exister du point de vue psycho-dynamique et clinique, l'analyse statistique ne permet pas, dans une analyse inter-groupe, d'aller dans ce sens mais celle intra-groupe montre un certain parallélisme des profils des enfants, indépendamment du type de maltraitance, permettant d'émettre l'hypothèse qu'il y aurait un marqueur propre à la maltraitance qui serait plus fort que la spécificité du type de maltraitance. Il n'en demeure pas moins que les résultats ont mis en évidence l'existence d'un syndrome post-traumatique selon le tableau clinique de type II de Terr (1991) et une grande fragilité psychique chez ces enfants.

Cette population (tranche d'âge), qui est actuellement exposée à la maltraitance et à l'infanticide et qui a mobilisé notre intérêt pour cette étude, nous a conduits à tenter de comprendre pourquoi cette tranche d'âge est très exposée, et qu'elle serait l'origine

consciente et inconsciente qui justifie le passage à l'acte du parent maltraitant. En effet, cette tranche d'âge (0-3ans), est limitée au niveau de la parole, est encore aliénée dans l'amour parental dont elle dépend et ne fréquente pas forcément les institutions publiques (PMI, crèche, école maternelle). Ils ne sont donc pas « visibles ». Et s'ils consultent en privé, ils échappent au contrôle social. Le médecin est pris dans un conflit de loyauté pour faire un signalement, et au risque de perdre sa clientèle. Ce qui a nous conduit à analyser, à travers le parcours institutionnel des enfants de notre cohorte, l'âge au moment où ils ont été signalés et l'âge auquel ils ont été placés. Les résultats ont fait ressortir que les enfants maltraités physiquement sont repérés plus tôt et placés plus tôt que les enfants maltraités psychologiquement. Ce qui signifie que l'évaluation de la maltraitance psychologique et des négligences met toujours en difficulté les professionnels, certainement à cause d'une définition non-consensuelle de ce type de maltraitance. L'écart entre le signalement et la prise de décision de placement se réduit dans le groupe des enfants négligés lorsque ces derniers sont exposés à un risque des sévices physiques (agressions sexuelles qui concernent surtout les filles). On peut s'interroger sur le caractère de visibilité ou pas des maltraitements qui détermine le signalement et le placement, et la manière dont la notion d'enfance en danger est évaluée par les travailleurs sociaux qui sont les seuls référents de ces familles en grande difficulté.

Notre préoccupation clinique s'est aussi orientée vers les motivations conscientes et inconscientes des mères maltraitantes à travers les entretiens que nous avons eus avec elles. La restitution de quatre cas cliniques permet d'émettre, au-delà de la répétition d'un vécu d'enfant maltraité, l'hypothèse d'un défaut de représentation de l'enfant réel durant la grossesse, et après la naissance pouvant contribuer à l'exposition de l'enfant à la maltraitance. Cette exposition peut parfois être empreinte d'un fantasme d'infanticide inconscient, mis en acte dans l'infanticide, ou encore dans les soins maternels à travers les phobies d'impulsions.

Par contre les résultats ont mis à jour : - l'absence de jeunes enfants migrants dans notre cohorte, ce qui interroge et mérite un approfondissement de la question ; -le genre de l'enfant le plus exposé à des sévices physiques qui est le sexe masculin, les filles le sont que si elles sont repérées comme à risque de danger physique (abus sexuels) ; -le désir des mères d'avoir des filles plutôt que des garçons ; -la répétition intergénérationnelle de la maltraitance associée à une relation mère-fille très complexe et un défaut de représentation de l'enfant chez la mère maltraitante qui pourrait à être à l'origine des maltraitements, défaut qui semble être lié

à une enfance traumatique ravivée lors de la maternité, et qui sous-tend un fantasme d'infanticide.

Cette étude qui a eu du mal à se réaliser en raison du désistement des institutions qui se sont engagées comme lieux de recrutement de la population, comporte des limites. Nous avons été conduits à recruter notre échantillon dans les lieux de placement où étaient présents des enfants issus de familles défavorisées, ce qui a introduit un biais au niveau du milieu socio-culturel. Nos résultats confortent la corrélation établie entre enfant maltraité et famille défavorisée, alors que les travaux actuels, cités dans notre revue de littérature, démontrent que ce phénomène touche tous les milieux sociaux.

Le désistement des institutions médicales n'a pas permis non plus d'avoir accès au dossier des enfants pour évaluer la poly-victimisation qui a pu être présente dans notre cohorte. Ce qui aurait pu orienter nos résultats vers une discussion sur une concomitance des effets des deux types de maltraitements selon Pernot-Masson (2004). Cet auteur note que la maltraitance physique s'accompagne toujours de celle psychologique.

Quelles pourraient être les applications de cette étude ?

Au niveau de la recherche pouvant intéresser des chercheurs et des doctorants :

-Approfondir, à partir d'un échantillon plus important, les raisons pour lesquelles les enfants de moins de 3 ans sont plus exposés à la maltraitance. A qui ont-ils affaire durant cette tranche d'âge dans leur vie et leur développement au niveau des professionnels ?

-Approfondir la question de la variable genre et le type de maltraitance subie et les motifs conscients et inconscients à l'œuvre chez le parent maltraitant notamment la relation père-enfant.

-Approfondir les conséquences des effets de ces traumatismes sur le développement de ces enfants à long terme.

-Initier des recherches sur la différence du vécu des enfants handicapés suite aux maltraitements qui sont des handicaps acquis, et celle des handicapés de naissance, alors que les deux types d'handicaps sont à ce jour confondus.

-L'analyse des contenus des entretiens des 39 mères qui est en cours nous permettra de répondre à la question de l'implication d'un fantasme d'infanticide à l'œuvre dans la maltraitance, non seulement du côté maternel, mais du côté paternel.

Du côté des applications pratiques

Compte tenu de l'écart qui était repéré entre le signalement et la prise de décision de placement de ces jeunes enfants sur-exposés aux maltraitements, écart plus réduit pour les enfants en danger physique, la question de la protection des enfants de moins de 3 ans qui est soulevée dans la plupart des travaux se retrouve avec une pertinence dans nos résultats. Ce constat interroge tant les dispositifs de santé que ceux des accompagnements socio-éducatifs. Sont-ils adaptés pour repérer ces jeunes enfants en danger ?

Nous suggérons quelques propositions :

-la mise en place des consultations conjointes (médecin, psychologue, travailleurs social) dans les centres de Protection Maternelle Infantile, par des professionnels formés pour appréhender ce type de problème, pour repérer les signes des maltraitements physiques, ou psychologiques, et les négligences. Ces négligences pourront être évaluées par le travailleur social afin de différencier ce qui relève des conditions de précarité sociale de la famille et de la maltraitance intentionnelle. Ce dispositif a été mis en place par l'école pédiatrique américaine depuis les années 1967 sous la direction du Pr. Kempe dès la découverte du syndrome du jeune enfant battu pour assurer une protection des enfants de cette tranche d'âge. Une tentative de consultation conjointe intégrant pédiatre et psychologue a été tentée dans certains centres de PMI de Paris dans les années 1985 et se sont soldées par un échec.

-Ce dispositif pourrait aussi se développer au sein des consultations pédiatriques des hôpitaux avec la même perspective.

-Compte tenu de la souffrance des parents maltraitants repérée dans nos résultats cliniques, ce dispositif pourrait s'appliquer au sein des consultations prénatales dans une perspective préventive.

-Compte tenu des effets des maltraitances sur le développement de ces jeunes enfants dont l'avenir tant sur le plan de santé physique que mental, que des apprentissages, semble compromis, nous préconisons un accompagnement thérapeutique intensif par des professionnels qualifiés sur le traumatisme réel, accompagnement intégrant l'action socio-éducative, pour que l'intervention globale puisse s'inscrire dans une perspective cohérente, sans clivage et sans passage à l'acte. Ces enfants, étant dans la confusion de leur monde interne et externe, ont besoin que la réalité quotidienne redonne un sens à leur réalité subjective confuse. La prise en charge institutionnelle doit s'inscrire dans une perspective thérapeutique pour leur apprendre, à travers la relation de confiance avec un adulte référent stable et sécurisant, un sentiment d'existence, de continuité à travers les soins quotidiens dont ils bénéficient. N'ayant pas été représentés par leur mère, ces enfants n'ont pas été parlé, leurs besoins et leurs émotions n'ont pas été interprétés, ce dont ils ont besoin dans l'action socio-éducative et thérapeutique pour exister comme sujet.

-Pour développer la protection des enfants de moins de 3 ans, nous suggérons des informations, et des formations de tous les professionnels de la petite enfance afin de mieux les sensibiliser à ce problème de santé publique afin de les mobiliser pour accueillir sans jugement cette population et leurs parents et les orienter.

BIBLIOGRAPHIE

ADINKRAH, M. (2000). Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse & Neglect*, 24(12), 1543–1555.

AHRENS, K. R., RICHARDSON, L. P., COURTNEY M. E., MCCARTY, C., SIMONI J. et KATON W. (2010). Laboratory-diagnosed sexually transmitted infections in former foster youth compared with peers. *Pediatrics*, 126(1), 97-103.

AINSWORTH, S. D. M., BLEHAR, C. M., WATERS, E. et WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey, United States of America : Lawrence Erlbaum Associates, publishers Hillsdale.

ASHER, R. (1951). Münchausen's syndrome. *LANCET*, 1951, 340-342.

BECMEUR, F., DANION-GRILLIAT, A., MESSER, J., LUDES, B. et RAUL, J.-S. (2006-2007). « L'enfant maltraité : aspects cliniques, psychologiques et médico-légaux » (Module 3b "Maturation et Vulnérabilité" - Item 37), Université Strasbourg, I-Louis Pasteur ; Faculté de Médecine, 2007, p. 88-96.

BERGER, M. (2004). *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : Dunod.

BERGER, M. (2007). *Ces enfants qu'on sacrifie... - Réponse à la loi réformant la protection de l'enfance*. Paris : Dunod .

BERGER, M., CASTELLANI, C., NINOREILLE, K., BASSET, T., FRERE-MEUSNIER, D. et RIGAUD, C. (2010). Stress du aux traumatismes relationnels précoces : conséquences cérébrales de la perturbation de la sécrétion du cortisol sanguin chez les nourrissons. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58(5), 282-292.

BLOCH, J., DENIS, P., JEZEWSKI-SERRA, D., et al. (2011). « Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans : Enquête nationale 2007-2009 ». INVS, 2011.

BOEKHOLT, M. (1993). *Épreuves thématiques en clinique infantile : approche psychanalytique*. 2006, Paris : Dunod.

BOWLBY, J. (1969). *Attachement et perte, Volume 1 : L'attachement*. 1978, Paris : Presses Universitaires de France.

BOWLBY, J. (1973). *Attachement et perte, Volume 2 : La séparation, angoisse et colère*. 1978, Paris : Presses Universitaires de France.

BOWLBY, J. (1980). *Attachement et perte, Volume 3 : La perte, tristesse et dépression*. 1984, Paris : Presses Universitaires de France.

BRIAND-HUCHET, E. (2011). Actualités de la mort inattendue du nourrisson en 2011. *Archives de Pédiatrie*, 18(9), 1028-1032.

BUGENTAL, D. B., MARTORELL, G. A. et BARRAZA, V. (2003). The hormonal cost of subtle forms of infant maltreatment. *Hormones and Behavior*, 43(1), 237-244. [http://doi.org/10.1016/S0018-506X\(02\)00008-9](http://doi.org/10.1016/S0018-506X(02)00008-9)

BYDLOWSKI, M. (1997). *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Presses Universitaires de France.

CAFFEY, J. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma, *Am J Roentgen Radium TherNucl Med*, 56, 163-173.

CAFFEY, J. (1972). The parent infant traumatic stress syndrome (caffey-kempe syndrome), (battered baby syndrome). *Am J Roentgen Radium TherNucl Med*, 114(2), 217-229.

CARLUER, L. (2014). Le psycho-traumatisme à la lumière des neurosciences. In R. Coutanceau et J. Smith (dir.), *Violences aux personnes : comprendre pour prévenir* (p. 65–76). Paris: Dunod.

CASTELLANI, C., NINOREILLE, K., BERGER, M. et PERRIN, A. (2011). Visites à domicile et mesure du quotient de développement dans des situations de défaillances parentales précoces. *Devenir*, 3/2011, (Vol. 23), 205-238.

CASTELLANI, C., NINOREILLE, K., BERGER, M. et PERRIN, A. (2015). Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces. *Devenir*, 1/2015 (Vol. 27), 5-29.

CHERNOFF, R., COMBS-ORME, T., RISLEY-CURTISS, C. et HEISLER, A. (1994). Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics*, 93, 594-601.

CHRISTIAN, W, C. (2012). La violence physique à l'égard des enfants : un tour d'horizon. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, 2012, CEDJE / RSC-DJE.

CICCHETTI, D. et COHEN, D. (2006). *Developmental psychopathology, Three Volume Set*. John Wiley & Sons.

CICCHETTI, D. et ROGOSCH, F. A. (2012). Neuroendocrine regulation and emotional adaptation in the context of child maltreatment : neuroendocrine regulation and child maltreatment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 77(2), 87–95. <http://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00666.x>

CICCONE, A. (1998). *L'observation Clinique*. Paris : Dunod.

CLAUSEN, J. M., LANDSVERK, J., GANGER, W., CHADWICK, D. et LITROWNIK, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *J Child Fam Stud*, 7, 283-296.

CUEVAS, C. A., FINKELHOR, D., CLIFFORD, C., ORMROD, R. K. et TURNER, H. A. (2010). Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 235–243. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.07.004>

DC:0-3 R (2009). *La classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance*. Collectif, éditions, Médecine et Hygiène.

DEBELLIS, M. D. et PUTNAM, F. W. (1994). The psychobiology of childhood maltreatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3(4), 663–677.

DE BELLIS, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150–172. <http://doi.org/10.1177/1077559505275116>

DE BELLIS, M. D., BAUM, A. S., BIRMAHER, B., KESHAVAN, M. S., ECCARD, C. H., BORING, A. M., ... RYAN, N. D. (1999a). Developmental traumatology part I: biological stress systems. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1259–1270. [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00044-X](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00044-X)

DE BELLIS, M. D., KESHAVAN, M. S., CLARK, D. B., CASEY, B. ., GIEDD, J. N., BORING, A. M., ... RYAN, N. D. (1999b). Developmental traumatology part II: brain development. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271–1284. [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00045-1](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00045-1)

DONG, M., ANDA, R. F., FELITTI, V. J., DUBE, S. R., WILLIAMSON, D. F., THOMPSON, T. J. et GILES, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771–784. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>

DUGRAVIER, R., GUEDENEY, A., SAIAS, T., GREACEN, T., TUBACH, F. et Groupe Recherche CAPEDEP. (2009). Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDEP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(6), 482-486.

EKENRODE, J. (2004). La prévention de la maltraitance et de la négligence des enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*, Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 1-7.

EGELAND, B. et SROUFE, L. A. (1981). Developmental sequel of maltreatment in infancy. In R. Rizley et D. Cicchetti (Dir.), *New directions for child development: Developmental perspectives in child maltreatment* (p. 77-92). San Francisco, CA: Jossey Bass, Inc.

EGELAND, B., SROUFE, A. L. et ERICKSON, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 7, 459-469.

FERNAGUT, M., GOVINDAMA, Y. et ROSENBLAT, C. (2011). *Itinéraires des victimes d'agressions sexuelles*, Paris : l'Harmattan.

FINKELHOR, D., ORMROD, K. R. et TURNER, A. T. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26.

FINKELHOR, D., VANDERMINDEN, J., TURNER, H., HAMBY, S. et SHATTUCK, A. (2014). Child maltreatment rates assessed in a national household survey of caregivers and youth. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1421–1435. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.005>

FLAHERTY, E. G. et WEISS, H. (1990). Medical evaluation of abused and neglected children. *Am J Dis Child*, 144, 330-334.

FRAIBERG, S. (1962). Pathological defense in infancy. *The psychoanalytic Quarterly*, 51, 612-635.

GARBARINO, J., BRASSARD, M. R. et DONOVAN, K. M. (2006). Defining psychological maltreatment. In M. Feerick., J. F. Knutson. P. K. Trickett. et S. Flanzer. (Dir.), *Child abuse and neglect*. Baltimore, MD : Brookes Publishing.

GIRODET, D. (1993a). Chapitre 5 : Eléments cliniques et démarche diagnostique. In P. Straus et M. Manciaux (Dir.), *L'enfant Maltraité* (p. 165-204). Paris : Fleurus.

GIRODET, D. (1993b). Chapitre 16 : La prévention. In P. Strauss et M. Manciaux (Dir.), *L'enfant Maltraité* (p. 497-531). Paris : Fleurus.

GIRODET, D., LAMOUR, M., MARTIN-BLACHAIS, M.-P., MAUREY-FORQUY, C. et FRICHET, A. (2013). La maltraitance aujourd'hui. *Enfance Majuscule*, 132, 3-32.

GLASER, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain - A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 41(1), 97-116.

GOVINDAMA, Y. (1993). Maltraitance, violence et sexualité - Une approche de la violence intra-familiale à travers la clinique judiciaire. *Psychologues et Psychologies*, N°114-115 p. 12-17.

GOVINDAMA, Y. (1999a). La fonction symbolique de l'enfant ancêtre dans l'interprétation de la maladie mentale chez les adolescents de la première génération. *Adolescence*, 17(2), 275-296.

GOVINDAMA, Y. (1999b). La complicité maternelle inconsciente dans l'inceste père-fille ou la mise en acte d'un fantasme d'infanticide maternel ?. In C. Damiani, (Dir.), *Enfants victimes de violences sexuelles : quel devenir ?* (p. 189-212). Paris : Martin Média.

GOVINDAMA, Y. (2007). Analyse d'une pratique clinique interculturelle en milieu judiciaire. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 195-212.

GOVINDAMA, Y. (2011a). Le syndrome de Münchausen par procuration. In C. Damiani et F. Lebigot (Dir.), *Les mots du trauma : vocabulaire de psychotraumatologie* (p. 235-236). Savigny sur Orge, France : Philippe Duval Edition.

GOVINDAMA, Y. (2011b). Haine maternelle et inceste père-fille, *Figures de la psychanalyse*, 22(2), 113-126.

GOVINDAMA, Y. (2013). La clinique de l'enfant exposé-désaffilié : l'enfant singulier, l'enfant handicapé. In R. Scelles et coll (Dir.), *Famille, Culture et Handicap* (153-171), Toulouse : Erès.

GOVINDAMA, Y. (2014). Un état des lieux de la maltraitance des jeunes enfants en France. Les enjeux psychiques dans la relation mère-enfant. *Devenir*, 26(4), 261-290.

HALFON, N., MENDONCA, A. et BERKOWITZ, G. (1995). Health status of children in foster care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 149, 386-392.

HILDYARD, L, K. et WOLFE, A, D. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 679-695.

HOCHSTADT, N. J., JAUDES, P. K., ZIMO, D. A. et SCHACTER, J. (1987). The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse Neglect* 11(1), 53-62.

HORNOR, G. (2012). Emotional Maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(6), 436-442.

HULETTE, A. C., FISHER, P. A., KIM, H. K., GANGER, W. et LANDSVERK, J. L. (2008). Dissociation in Foster Preschoolers: A Replication and Assessment Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 173-190. <http://doi.org/10.1080/15299730802045914>

INGRAHAM, F. D. et HEYL, M. L. (1939). Subdural hematoma in infancy and childhood. *Jama*, 112, 198-204.

JEE, S. H., BARTH, R. P. et SZILAGYI, M. A. (2006). Factors associated with chronic conditions among children in foster care. *J Health Care for the Poor and Underserved*, 17, 328-31.

JOSSE, D. (1997). *Le manuel BLR-C, Brunet-Lézine Révisé : Echelle de développement psychomoteur de la première enfance*, EAP.

KEMPE, C. H., SILVERMAN, F. N., STEELE, B. F., DROEGEMUELLER, W. et SILVER, H. K. (1962). The Battered-Child Syndrome, *JAMA*, 181(1), 17-24.

KEMPE, R. S. et KEMPE, C. H. (1978). *L'Enfance torturée*, Bruxelles : Mardaga.

KOLB, B. et WHISHAW, I. Q. (2008). *Cerveau et comportement*. Bruxelles: De Boeck.

KRUG, G. E., DAHLBERG, L. L., MERCY, A. J., ZWI, A. et LOZANO-ASCENCIO, R. (2002). Chapitre 3. La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs. Dans, *Rapport Mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 65-96.

LACHARITE, C., ETHIER, L. et NOLIN, P. (2006). Vers une théorie éco-systémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie*, 484(4), 381-394.

LAURENT-VANNIER, A. (2012). Syndrome du bébé secoué, quoi de nouveau sur le diagnostic de secouement, le mécanisme en jeu et l'aspect judiciaire. *Archives de Pédiatrie*, 19(3), 231-234.

LEBOVICI, S. et STOLERU, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*. 1994, Paris : Bayard.

MACFIE, J., CICCETTI, D. et TOTH, S. L. (2001). Dissociation in maltreated versus non maltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25(9), 1253–1267. [http://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00266-6](http://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00266-6)

MANCIAUX, M. et GABEL, M. (1993). Chapitre 4 : Essai de définition – intérêt et limites de l'épidémiologie. In P. Strauss et M. Manciaux (Dir.), *L'enfant Maltraité* (135-161). Paris : Fleurus.

MARINOPOULOS, S. (2011). *Infanticides et néonaticides*. Bruxelles : Faber, Yapaka

MAROTEAUX, P., FESSARD, C., ARON, J. J. et LAMY, M. (1967). Les séquelles du syndrome de Silverman (fractures multiples du nourrisson, syndrome dit des "enfants battus") : étude de seize observations. *Presse Med.* 75(14), 711-716.

MATTHESS, H. et DELLUCCI, H. (2011). Chapitre 24 : Théorie et diagnostic de dissociation structurelle de la personnalité. In R. Coutanceau et J. Smith (dir.), *Violences et famille : comprendre pour prévenir* (p. 239–256). Paris: Dunod.

MCKEE, G. R. (2006). *Why mother kill ? A forensic psychologist's casebook*. New-York : Oxford University Press.

MCMILLEN, J. C., ZIMA, B. T., SCOTT, L.D. J. R., AUSLANDER, W. F., MUNSON, M. R., OLLIE, M. T. et SPITZNAGEL, E. L. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among older youths in the foster care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 88-95.

MEADOW, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy : The hinterland of child abuse. *Lancet*, 310(8033), 343-345.

MEADOW, R. (1982). Münchausen syndrom by proxy, *Arch. Dis. Child*, 57(2), 92-98.

MIGNOT, C. et MANCIAUX, M. (1993). Chapitre 19 : Evaluation à terme : le devenir des enfants maltraités. In P. Strauss et M. Manciaux (Dir.), *L'enfant Maltraité* (565-583). Paris : Fleurus.

MIREAU, E. et RENIER, D. (2003). Syndrome du bébé secoué : Critères d'imputabilité à un traumatisme non accidentel. *Journal de Médecine Légale Droit Médical*. 46(7-8), 570-4.

MIREAU, E. (2005). *Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance, à propos d'une série de 404 cas*. Thèse pour le doctorat en médecine de l'Université Paris V, Paris, 2005.

ODAS (Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée). (2004). Evolution des signalements d'enfants en danger en 2003. *La lettre de L'ODAS*. Paris : ODAS Editeur.

ODAS (Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée). (2006). Protection de l'enfance : de nouvelles perspectives pour les départements. *La lettre de l'ODAS*. Paris : ODAS Editeur.

ODAS (Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée). (2007). Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. *La Lettre de l'ODAS*. Paris : ODAS Editeur.

OLIVAN, G. (2003). Evaluation du rattrapage de la croissance chez les garçons d'âge préscolaire ayant souffert pendant une longue période de négligence et de maltraitance psychologique. *Sauvegarde de l'Enfance*, 58, 7-10.

OMS. (1999). Rapport de la consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, OMS, Genève, 29-31 mars 1999. Genève, Organisation mondiale de la Santé, *Changements sociaux et santé mentale, Prévention de la violence et des traumatismes*, 1999 (document non publié WHO/HSC/PVI/99.1). Repéré à : <http://www.who.int/iris/handle/10665/66790>.

ONDRP (Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales) (2012). *Faits constatés annuels par index 4001 et par département de 1996 à 2011*. Paris : ONDRP.

ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) (2005). *Premier rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'observatoire National de l'Enfance en Danger* (p101). Paris : la documentation française.

ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) (2006). *Deuxième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'observatoire National de l'Enfance en Danger* (p.92). Paris : la documentation française.

ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) (2007). *Troisième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'observatoire National de l'Enfance en Danger* (p.116). Paris : la documentation française.

ONED (Observatoire national de l'enfance en danger) (2008). *Quatrième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'observatoire National de l'Enfance en Danger* (p.78). Paris : la documentation française.

ONED (Observatoire national de l'enfance en danger). (2010). *Cinquième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'observatoire National de l'Enfance en Danger* (p.114). Paris : la documentation française.

ONED (Observatoire national de l'enfance en danger). (2011). *Sixième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'observatoire National de l'Enfance en Danger* (p.102). Paris : la documentation française.

ONED (Observatoire national de l'enfance en danger). (2012). *Septième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'observatoire National de l'Enfance en Danger* (p.86). Paris : la documentation française.

ONED (Observatoire national de l'enfance en danger). (2013). *Huitième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'observatoire National de l'Enfance en Danger* (p.106). Paris : La documentation française.

PERNOT-MASSON, A.-C. (2004). Psychothérapie d'une maman trop attentionnée : un syndrome de Münchhausen par procuration, *La psychiatrie de l'enfant*, 47(1), p. 59-101.

PRAT, R. (2008). Une valse à trois temps, In *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick* (p. 13-26). Paris : ERES.

PUJOL, E.(1903-1904) : *Contribution – L'étude des fractures du crâne chez le nouveau-né. Au point de vue médico-légal*. Thèse de Médecine. Université de Toulouse. Toulouse

ROMAN, P. (2004). *La Mallette Projective Première Enfance* (manuel + matériel de l'épreuve), Paris : E.C.P.A.

ROMAN, P. (2005). La Mallette Projective. Première Enfance (M.P.P.E): un outil clinique pour l'évaluation de la personnalité du jeune enfant, *Devenir*, 17(3), 233-259.

ROUYER, M. (1988). Conséquence de l'abus sexuel à l'égard de l'enfant. *Perspectives psychiatriques*, N°14/IV, 256-258.

ROUYER, M. (1993). Chapitre 6 : Psychopathologie de la maltraitance. In P. Straus et M. Manciaux (Dir.), *L'enfant Maltraité* (p. 205-231). Paris : Fleurus.

ROUYER, M. (2011). Psychopathologie de l'enfant maltraité et de sa famille. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 14(1), 24-30.

SCHEERINGA, S. M., ZEANAH, H. C., DRELL, J. M. et LARRIEU, A. H. (1995). Two Approaches to the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Infancy and Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(2), 191-200.

SCHEERINGA, M., ZEANAH, C. H., MYERS, L. et PUTNAM, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561-570.

SILVERMAN, F. N. (1953). The Roentgen Manifestations of Uncognized Skeletal Trauma in Infants, *Am J Roentgen Radium TherNucl Med*, 69, 413-427.

SIMMS, M. D., DUBOWITZ, H. et SZILAGYI, M. A. (2000). Health care needs of children in the foster care system. *Pediatrics*, 106(4), 909-18.

SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger) (2012). *Le bulletin annuel du SNATED*. (1), 1-4.

SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger) (2013). *Le bulletin annuel du SNATED*. (2), 1-4.

SOFMER-HAS (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation – Haute Autorité de Santé). (2011a). *Syndrome du bébé secoué. Audition publique. Synthèse bibliographique*. (p.27). Paris.

SOFMER – HAS (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation – Haute Autorité de Santé). (2011b). *Syndrome du bébé secoué. Rapport d'orientation de la commission d'audition*. (p.67). Paris.

STARLING, P. S., HELLER, M. R. et JENNY, C. (2002). Pelvic fractures in infants as a sign of physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), 475-480.

STARLING, P. S., SIROTNIAK, P. A., HEISLER, W. K. et BARNES-ELEY, L. M. (2007). Inflicted skeletal trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 993-999.

STEELE, J. S. et BUCHI, K. F. (2008). Medical and mental health of children entering the Utah foster care system. *Pediatrics*, 122, 703-709.

STRAUS, P. et MANCIAUX, M., et coll. (1982). *L'enfant maltraité*, Paris : Fleurus.

STREECK-FISHER, A. et VAN DER KOLK, B. A. (2000). Down will come baby, cradle and all: diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 903-918.

SUMMIT, C. R. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 177-193.

TAKAYAMA, J. I., WOLFE, E. et COULTER, K. P. (1998). Relationship between reason for placement and medical findings among children in foster care. *Pediatrics*, 101(2), 201-207.

TARDIEU, A. (1860). Étude Médico – Légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. Dans, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 361-398.

TERR, C. L. (1991). Childhood traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.

- TURNER, H. A., FINKELHOR, D. et ORMROD, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62(1), 13–27. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.030>
- TURNER, H. A., FINKELHOR, D. et ORMROD, R. (2010). Poly-Victimization in a National Sample of Children and Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(3), 323–330. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012>
- TURSZ, A. et GERBOUIN-REROLLE, P. (2008). *Enfants maltraités : Les chiffres et leur base juridique en France*. Paris : Lavoisier.
- TURSZ, A. (2010). *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil.
- TURSZ, A., SIMMAT-DURAND, L., GERBOUIN-REROLLE, P., VELLUT, N. et COOK, J. (2011). Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. *Rapport final*, Paris: ONED.
- TURSZ, A. (2013). Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue française des affaires sociales*, (1-2), 32-50.
- TURSZ, A. (2014). Les infanticides en France : peut-on les repérer, les compter, les prévenir ?. *Archives de Pédiatrie*, 21(4), 343-346.
- UNICEF. (2003). *Tableau de classement des décès d'enfants par suite de maltraitance dans les nations riches* (Centre de Recherche Innocenti, p.40). Florence, Italie : *Bilan Innocenti*, numéro 5.
- VANIER, C. (2013). *Naître Préaturé, Le bébé, son médecin et son psychanalyste*. Paris : Bayard.
- VIAUX, J.-L. et COMBALUZIER, S. (2010). Néonaticide, un non désir mélancolique : une étude clinique de 12 cas. *L'Evolution Psychiatrique*, 75(1) 3-17.
- WINNICOTT, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (trad : Kalmanovitch, p. 285-291), 2012, Paris : Payot & Rivages.
- ZAGURY, D. (2011). Quelques remarques sur le déni de grossesse. *Perspectives PSY*. 4(50), 314-321.

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXES I – Tableau statistiques de la revue de la littérature

I-1- Tableau 1. Violences, Mauvais traitements et abandons des enfants, par région administrative selon l'ONDRP (1996-2013).

ANNEXES II - PRESENTATION DES METHODES

II-1-Grille de dépouillement des dossiers

- 1) Identification de l'enfant
- 2) Type de maltraitance du sujet concerné
- 3) Parcours institutionnel
- 4) Méthode d'analyse des données

II- 2-Description des tests utilisés :

- 1) Le Brunet-Lézine Révisé :

La méthode d'analyse des données

- 2) La Mallette Projective Première Enfance

La méthode d'analyse des données

- 3) Conclusion et perspective de l'analyse des données des deux tests

II-3-Présentation de l'observation E. Bick

II-4-Présentation de l'entretien clinique à visée de recherche intégrant l'observation du langage non verbal

- 1-La grille d'entretien de recherche semi-directif

Méthode d'analyse des données.

ANNEXES III - PRESENTATION DES RESULTATS

III-1-Histogramme des âges par groupe :

1) Histogramme des âges par groupe :

III-2- Test statistique de Mann & Witney comparaison des âges :

III-3-Tableau des âges des enfants lors du premier écrit, du placement et de son délai :

III-4- Tableau comparatif des normes des modes de saisies des objets au M.P.P.E de P. Roman avec notre échantillon

III-5- Tableau comparatif des normes des procédés du jeu au M.P.P.E de P. Roman avec notre échantillon

III-6 Histogrammes des variables testées :

1) La maltraitance psychologique :

1.1) Au Brunet-Lézine Révisé

1. 2) Au MPPE avec les modes de saisies.

1.3) Au M.P.P.E avec les procédés du jeu :

2) La maltraitance Physique :

2.1) Au Brunet-Lézine Révisé :

2.2) Au MPPE avec les modes de saisies :

2.3) Au MPPE avec les Procédés du jeu :

ANNEXES I – Tableau statistiques de la revue de la littérature

I-1- Tableau 1. Violences, Mauvais traitements et abandons des enfants, par région administrative selon l'ONDRP (1996-2013).

Tableau des Violences, Mauvais traitements et abandons des enfants, par région administrative selon l'ONDRP (1996-2013)		
Année	Seine-Maritime	Eure
1996	211	34
1997	291	71
1998	296	80
1999	315	107
2000	226	89
2001	236	81
2002	155	88
2003	249	81
2004	161	67
2005	226	73
2006	206	92
2007	231	80
2008	261	132
2009	292	68
2010	320	81
2011	323	71
2012	511	140
2013	519	147
Total par région administrative	5029	1582
Total Normandie	6611	

ANNEXES II - PRESENTATION DES METHODES

II-1-Grille de dépouillement des dossiers

1) Identification de l'enfant

- L'enfant : Prénom :

Sexe :

Age de l'enfant (année, mois, jour) au moment de sa rencontre (CHU, P.M.I, Pouponnière) :

- Les parents
- La mère Prénom

Age de la mère : Profession :

- Le père Prénom

Age du père : Profession :

Situation matrimoniale des parents :

- La fratrie :

Nombre d'enfants (prénoms, âges, sexe)

Fratrie (rang de l'enfant maltraité)

Nombre d'enfants maltraités, le sujet concerné y compris (âge d'apparition de l'acte maltraitant et le type de maltraitance, durée d'exposition, effets de ces maltraitances sur le développement, violences mortelles)

Données anamnestiques retrouvées dans le dossier : (grossesse, accouchement, développement de l'enfant, origine du signalement, expertises médico-psychologiques, et handicap).

2) Type de maltraitance du sujet concerné :

-l'enfant maltraité : sexe, âge, rang

-circonstances de naissance

-développement global

Type de maltraitance :

-Par qui :

Récidive : écart entre le premier signalement et les autres, et par qui ?

Temps d'exposition : âge lors du premier acte maltraitant, durée d'exposition jusqu'au signalement

3) Parcours institutionnel :

Du signalement à la procédure de protection de l'enfance :

Type de mesures prises : (administratives ou judiciaires) Maintien dans le milieu familial ou placement.

Année de la première mesure.

Effets de ces prises en charge sur l'évolution de l'enfant et la place réservée aux parents maltraitants dans l'accompagnement.

Projet individualisé institutionnel pour l'enfant (avec ou sans les parents.)

Projet familial pour l'enfant (retour ou maintien du placement et les raisons)

4) Méthode d'analyse des données :

L'analyse des données s'est effectuée pour chaque dossier de manière à mettre en évidence la réalité des maltraitances et leurs effets sur le développement de l'enfant. Les résultats ont été confrontés au discours à celui de certaines mères volontaires pour dégager la représentation de l'enfant réel.

II-2-Description des tests utilisés :

1) Le Brunet-Lézine Révisé :

Le test de Brunet-Lézine, réactualisé en 1997 (Josse, 1997), est le test d'analyse du développement le plus utilisé en France pour les enfants de 0 à 30 mois. Le Brunet-Lézine Révisé est un test qui s'intéresse aux capacités posturales, coordinatrices, langagières et sociales attendues pour un bébé du même classe d'âge, c'est-à-dire, qu'il respecte l'évolution développementale et s'adapte à l'âge de l'enfant, de sorte que les items posturaux dans la première année sont supérieurs aux items langagiers. Ainsi, ce test apprécie l'harmonisation du profil développemental et les secteurs développementaux privilégiés par l'enfant.

Ce test dans nos recherches nous a permis de dresser une courbe où le rythme de développement, avec son homogénéité ou son hétérogénéité, peut être apprécié. Il n'y a pas de limite de temps mais l'administration du test se déroule généralement entre 20 et 30 minutes. Celui-ci s'adapte à la volonté et à l'état de l'enfant et permet de tester les réactions du bébé face à une stimulation quotidienne et propre à son âge. Selon le protocole, on commence toujours le test par les items correspondant à son âge chronologique et en cas de réussite on crédite les items inférieurs non évalués. Ensuite, on propose des items de niveaux supérieurs jusqu'à l'échec complet à tous les items d'une même tranche d'âge. L'intérêt majeur de ce test est qu'il permet d'apprécier le fonctionnement développemental global mais surtout partiel avec le profil dressé à partir des quatre sous-échelles comprenant chacune 10 items :

- L'échelle P de développement postural permet d'explorer les progrès moteurs et posturaux ;
- L'échelle C de coordination oculomotrice permet d'explorer les capacités de manipulation ;
- L'échelle L de langage évalue le langage de l'enfant en compréhension et en production, et inclut des aspects communicatifs pré-verbaux comme l'attention conjointe ;
- L'échelle S de sociabilité ou de relations sociales permet d'observer non seulement les comportements de relation à autrui, mais aussi la prise de conscience de soi et l'adaptation aux relations sociales.

La conversion des items réussis en âge de développement situe les performances de l'enfant au moment de l'évaluation (AD) par rapport à l'âge chronologique de l'enfant (AR) et

permet d'avoir un score global (QD) ou partiel (QP) de développement selon la formule $QD = (AD/AR) \times 100$.

La méthode d'analyse des données a obéi au protocole du test pour dégager le développement de l'enfant maltraité.

2) La Mallette Projective Première Enfance

La Mallette Projective Première Enfance, créée par Roman (2004) est une grille d'observation de l'enfant « présentée sous la forme d'une invitation à un jeu « libre » (comme on peut faire la proposition d'un dessin « libre ») » (Roman, 2005). On propose à l'enfant de jouer avec un matériel qui appartient à son environnement habituel, tel que les jouets en peluche, les dinettes, etc. En effet, la mallette projective première enfance a comme consigne : « Voilà tous ces jouets, tu peux jouer avec eux comme tu en as envie » (Ibid, 2005). Le chercheur observe la façon dont joue l'enfant avec l'ensemble des jouets proposés. Celui-ci n'intervient pas dans le déroulement du jeu et laisse l'enfant explorer les objets tels qu'il le souhaite. Ainsi, l'observation du jeu de l'enfant se fera à partir d'une feuille de dépouillement du choix et de la saisie des éléments du jeu (Contact visuel et/ou manuel, manipulation du jouet, association des jouets et mise en scène) et de la grille de repérage des procédés de jeu (élaborée par Boekholt, 1993).

La méthode d'analyse des données a respecté le protocole du test pour repérer le profil psycho-affectif de l'enfant ainsi que les mécanismes psychiques mis en place par l'enfant pour favoriser son adaptation sociale.

3) Conclusion et perspective de l'analyse des données des deux tests :

Conjointement, les 2 tests, le Brunet-Lézine Révisé, aboutissant à des scores de développement partiels et globaux et la Mallette Projective Première Enfance, permettant l'établissement de données chiffrées concernant le nombre de processus défensifs et d'utilisation d'objets, ont pu être traités de manière qualitative puis quantitative afin de faciliter l'analyse comparative, interpersonnel, inter-test, intra-groupe et inter-groupe.

II-3-Observation : La Méthode E. Bick

Tout au long de nos recherches, y compris lors de la phase exploratoire, nous avons appliqué la méthode d'observation clinique telle qu'inspirée par Esther Bick (1964) qui est standardisée et permet la récolte de données observationnelles qualitative sur le même enfant (notamment de par son cadre : observation hebdomadaire limitée dans le temps). Cette méthode se répartie en trois parties :

- 1) l'observation clinique du nourrisson : cette méthode consiste en une observation et une attention soutenue pendant un laps de temps prédéfinie sur l'apparition chronologique du comportement général du bébé, c'est-à-dire face à ses comportements toniques, posturaux, faciales, manuels, visuels, babillages ainsi qu'émotionnels par la mise en mots des affects perçus chez le bébé, notamment par l'empathie. De plus, le clinicien observe les réponses de l'entourage face aux diverses manifestations comportementales et émotionnelles du bébé. L'observateur se met dans une posture pour recevoir « l'impact émotionnel de la situation observée. Il se laisse imprégner par la situation, en essayant de ne pas interférer avec le déroulement spontané de la relation parents/bébé ». En quelque sorte, « c'est l'observation en vérité d'une famille où un enfant est né, non pas l'observation juste d'un bébé, tout simplement parce que ce n'est pas possible : vous avez toute la famille à observer » (Haag, 2002 citée par Prat, 2008). La position d'observateur nécessite une neutralité, un certain retrait (celui-ci n'intervient pas mais répond lorsqu'il est sollicité) et une disponibilité psychique et émotionnelle soutenue envers le bébé et ses parents. Ainsi, l'observateur tente de noter tous les éléments apparaissant dans la situation de l'observation avec une certaine exhaustivité. La nuance apportée est de pouvoir noter tous les éléments, sans jugement, et de démontrer par le fait qu'il est difficile d'observer, c'est-à-dire de recueillir des faits libres de toute interprétation.
- 2) la retranscription : part la suite et à la fin et hors cadre de l'observation, l'observateur doit restituer le « film » de la séance par le biais d'une prise de note extensive et surtout détaillé de la situation globale. L'observateur essaye de retranscrire aussi fidèlement que perçue la situation ainsi que ses pensées au moment de tel geste du bébé, de telle parole du parent, de ses propres ressentis. Il retranscrit l'état émotionnel des différentes personnes ayant fait partie de l'observation (dont lui-même). En effet, cette méthode sous-entend, que l'observateur puisse traduire également ses ressentis pendant la durée de l'observation.

- 3) la supervision : suite à l'écriture des observations (qui doit tendre vers une certaine exhaustivité) de tous les éléments en mémoire comprenant le dispositif, le clinicien soumet tous ces éléments à un collègue-référent clinicien pour pouvoir bénéficier d'une supervision (nouvel éclairage, décentration, remémoration et affinage de l'observation). Cette supervision est aussi standardisée et permet à l'observateur d'émettre, uniquement lors de cette étape, des hypothèses interprétatives sur ce qu'il a préalablement observé avec neutralité et exhaustivité. Le moment de la supervision, est un temps propice à l'avènement de la mise en sens de l'observation mais surtout des éléments transféro/contre-transférentiels et qui permet à l'observateur de comprendre pourquoi, tel impact de l'observation l'a conduit à vivre tel ressenti. La supervision a été assurée par le référent clinicien formé à la méthode sur le terrain et par l'université.

1) La méthode d'analyse qualitative :

Il s'agit d'une analyse des comportements de chaque enfant en lien avec son environnement. Cette observation basée sur le langage non-verbal de l'enfant nous a permis de décoder son état émotionnel, affectif, cognitif, ses capacités relationnelles et son développement psycho-moteur. Cette analyse individuelle s'est ajoutée aux autres observations de manière à comparer le comportement des enfants des deux groupes et de dégager la pertinence de leur développement en lien avec le traumatisme.

II-4-Présentation de l'entretien clinique à visée de recherche intégrant l'observation du langage non verbal

L'entretien clinique à visée de recherche est envisagé dans ce projet pour avoir accès à la réalité interne des mères volontaires pour participer à l'étude. Il est structuré pour répondre à la problématique et est à dissocier de l'entretien clinique libre où le sujet est libre d'élaborer son récit, son témoignage en parlant de ce qu'il souhaite sans consigne préalable. Ainsi, l'entretien clinique à visée de recherche est non-interventionnel car, il se centre uniquement sur ce qui intéresse la recherche et n'a pas pour but d'être thérapeutique ni d'être diagnostique. Celui-ci se contente de répondre à un thème général et aux sous-thèmes qui sont structurés en fonction des hypothèses initiales de la recherche et de ce que le chercheur tente d'investiguer. L'entretien clinique s'intéresse à la forme du discours et à son contenu, à ce que le sujet nous donne à voir par ses postures, ses comportements.

L'entretien clinique en soi est toujours associé à une observation non-interventionnelle car il analyse le langage non verbal.

Dans le cadre de cette étude, un entretien semi-directif à visée de recherche a été proposé aux mères volontaires pour entendre leur récit sur les représentations du bébé durant la grossesse, après la naissance et à travers les soins, et sur l'acte maltraitant. Les questions étaient structurées à partir des thèmes cités.

Dans l'entretien clinique à visée de recherche, le chercheur se sert de l'observation comme une autre source d'information pour repérer le paradoxe entre le discours et le non verbal. En effet, l'objet de l'observation clinique associé à l'entretien permet d'accéder à la réalité psychique.

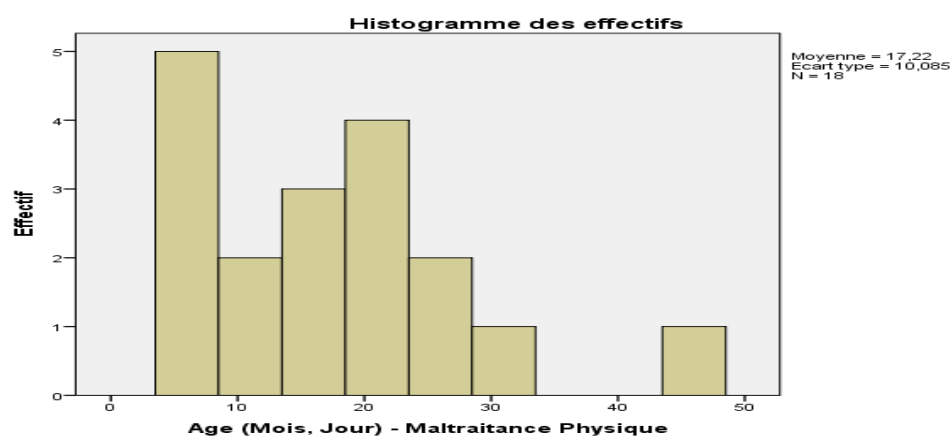
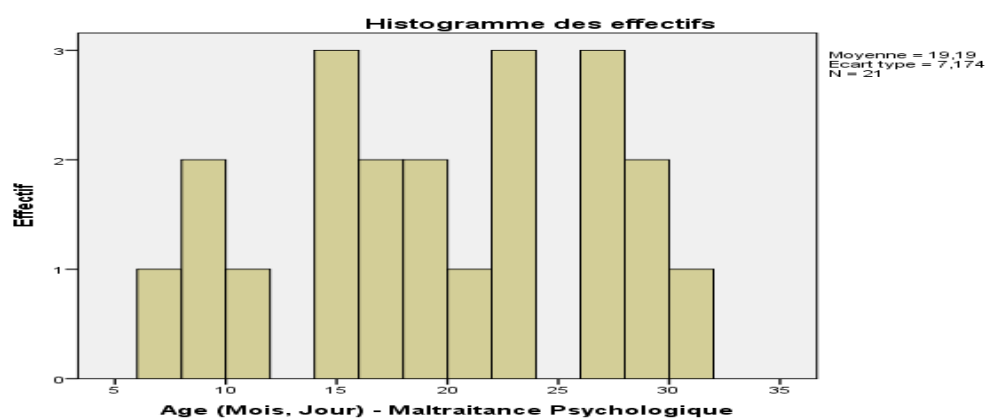
1) Méthode d'analyse des entretiens

Le traitement des données a fait l'objet d'une analyse thématique et a été restitué sous la forme de 4 études de cas.

ANNEXES III - PRESENTATION DES RESULTATS

III-1-Histogramme des âges par groupe :

1) Histogramme des âges par groupe :



III-2- Test statistique de Mann & Witney comparaison des âges :

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	La distribution de Age (Mois, Jour) est identique sur les catégories de Groupe (1=neg; 2=phy).	Test U de Mann-Whitney s indépendant s	,213 ¹	Retenir l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

¹La signification exacte est affichée pour ce test.

III-3-Tableau des âges des enfants lors du premier écrit, du placement et de son délai

Echantillon complet	1er écrit (âge en mois)	Placement (âge en mois)	Délai entre les deux (mois)
Enfant 1-G-N	5	24	19
Enfant 2-F-N	6	11	5
Enfant 3-G-N	0	24	24
Enfant 4-F-N	2	3	1
Enfant 5-G-N	3	18	15
Enfant 6-G-N	0	13	13
Enfant 7-F-N	10	12	2
Enfant 8-G-N	10	25	15
Enfant 9-F-N	10	18	8
Enfant 10-F-N	9	9	0
Enfant 11-G-N	12	12	0
Enfant 12-G-N	1	6	5
Enfant 13-G-N	1	7	6
Enfant 14-G-N	0	0	0
Enfant 15-F-N	0	0	0
Enfant 16-F-N	3	9	6
Enfant 17-F-N	3	13	10
Enfant 18-F-N	1	1	0
Enfant 19-G-N	15	18	3
Enfant 20-F-N	10	10	0
Enfant 21-G-N	5	5	0
Enfant 22-F-P	26	27	1
Enfant 23-G-P	1	18	17
Enfant 24-F-P	2	7	5
Enfant 25-G-P	4	4	0
Enfant 26-G-P	3	18	15
Enfant 27-G-P	1	3	2
Enfant 28-F-P	6	13	7
Enfant 29-G-P	5	13	8
Enfant 30-G-P	44	45	1
Enfant 31-G-P	22	24	2
Enfant 32-G-P	2	3	1
Enfant 33-F-P	0	0	0
Enfant 34-G-P	2	2	0
Enfant 35-F-P	5	5	0
Enfant 36-G-P	4	7	3
Enfant 37-G-P	8	11	3
Enfant 38-G-P	2	2	0
Enfant 39-G-P	0	32	32
Enfant 40-G-P	7	8	1
Moyenne	6,25	12,00	5,75
Ecart-types	8,41	9,88	7,58
Médiane	3,5	10,5	2,5
1 ^{er} Quartile	1	3,25	0
2 ^{ème} Quartile	3,5	10,5	2,5
3 ^{ème} Quartile	8,25	18	8
4 ^{ème} Quartile	44	45	32

III-4- Tableau comparatif des normes des modes de saisies des objets au M.P.P.E de P. Roman avec notre échantillon

L'addition de l'ensemble d'un même mode de saisie (par ex : le contact) pour une classe d'âge que l'on multiplie par 100 et que l'on divise par le nombre de l'ensemble des modes de saisies (le contact + Manipulation + Association + Mise en Scène) pour cette même classe d'âge. Par ce biais, nous pouvons observer, pour cette même classe d'âge, quelle est la fréquence d'un seul mode de saisie des objets sur l'ensemble des différents modes de saisie afin d'apprécier la manière dont l'enfant appréhende son environnement.

Comparaison des modes de saisi des objets en fonction de l'âge entre la population de P. Roman et celle des enfants de la recherche (en pourcentage, âges en mois) :								
Âges	6-11 Roman	6-11 recherche	12-17 Roman	12-17 Recherche	18-23 Roman	18-23 Recherche	24-29 Roman	24-29 Recherche
Enfants		Enfant 4-F-N Enfant 27-G-P Enfant 10-F-N Enfant 34-G-P Enfant 12-G-N Enfant 35-F-P Enfant 13-G-N Enfant 36-G-P Enfant 25-G-I Enfant 38-G-P		Enfant 6-G-N Enfant 24-F-P Enfant 11-G-N Enfant 28-F-P Enfant 17-F-N Enfant 29-G-P Enfant 18-F-N Enfant 33-F-P Enfant 20-F-N		Enfant 2-F-N Enfant 21-G-N Enfant 5-G-N Enfant 23-G-P Enfant 7-F-N Enfant 26-G-P Enfant 9-F-N Enfant 37-G-P Enfant 16-F-N Enfant 39-G-P		Enfant 1-G-N Enfant 19-G-N Enfant 3-G-N Enfant 22-F-P Enfant 8-G-N Enfant 30-G-P Enfant 14-G-N Enfant 31-G-P Enfant 15-F-N Enfant 32-G-P
Procédés								
Réponses	171	74	275	174	348	236	320	208
Contact	15,78	71,62	7,27	56,32	10,92	47,03	14,69	45,19
Manipulation	57,31	20,27	57,82	19,54	54,31	32,2	53,12	21,15
Association	26,32	8,11	19,27	21,84	27,3	16,1	24,69	26,92
Mise en Scène	0,59	0	15,64	2,3	7,47	4,66	7,5	6,73

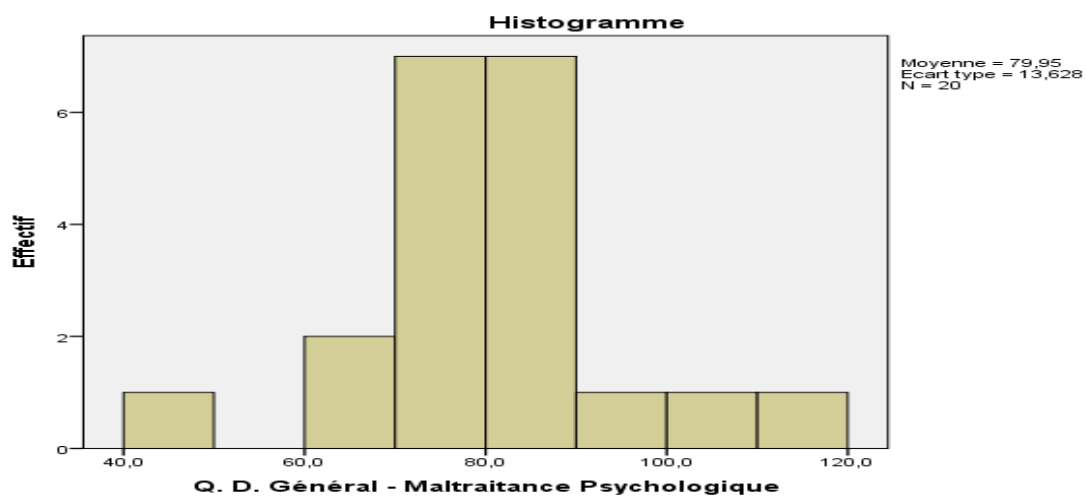
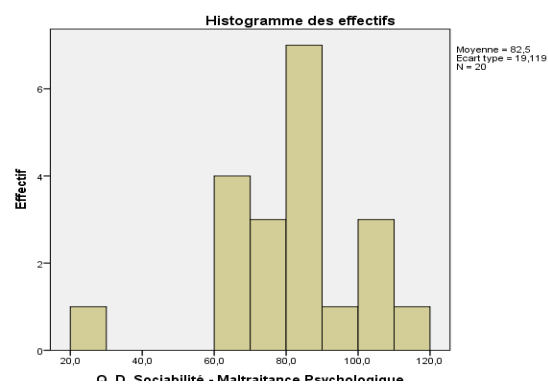
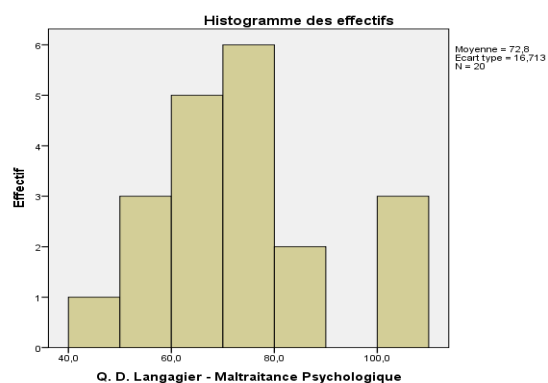
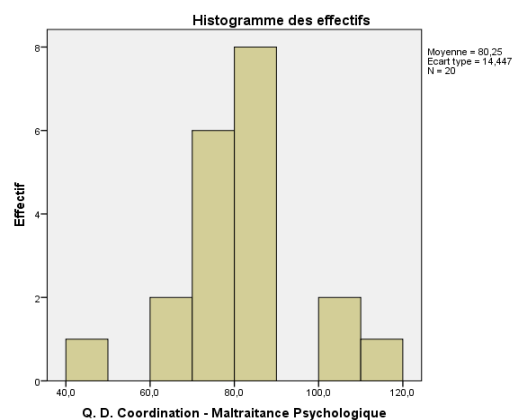
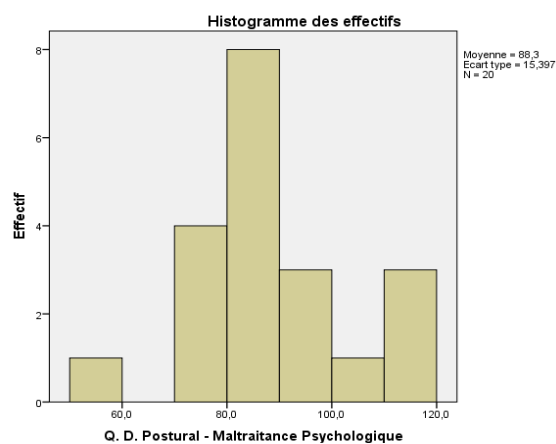
III-5- Tableau comparatif des normes des procédés du jeu au M.P.P.E de P. Roman avec notre échantillon

Comparaison des procédés du jeu en fonction de l'âge entre la population de P. Roman et celle des enfants de la recherche (en pourcentage, âges en mois) :								
Âges	6-11 Roman	6-11 recherche	12-17 Roman	12-17 Recherche	18-23 Roman	18-23 Recherche	24-29 Roman	24-29 Recherche
Enfants		Enfant 4-F-N Enfant 27-G-P Enfant 10-F-N Enfant 34-G-P Enfant 12-G-N Enfant 35-F-P Enfant 13-G-N Enfant 36-G-P Enfant 25-G-I Enfant 38-G-P		Enfant 6-G-N Enfant 24-F-P Enfant 11-G-N Enfant 28-F-P Enfant 17-F-N Enfant 29-G-P Enfant 18-F-N Enfant 33-F-P Enfant 20-F-N		Enfant 2-F-N Enfant 21-G-N Enfant 5-G-N Enfant 23-G-P Enfant 7-F-N Enfant 26-G-P Enfant 9-F-N Enfant 37-G-P Enfant 16-F-N Enfant 39-G-P		Enfant 1-G-N Enfant 19-G-N Enfant 3-G-N Enfant 22-F-P Enfant 8-G-N Enfant 30-G-P Enfant 14-G-N Enfant 31-G-P Enfant 15-F-N Enfant 32-G-P
Procédés								
Réponses	506	338	853	726	1029	961	1061	608
HJ	10,8	14,2	9,85	9,1	9,82	9,8	9,99	8,55
SM	69	63,02	62,72	70,66	62	56,1	58,72	61,84
RC	17,4	12,72	18,4	9,78	16,23	17,8	14,61	12,17
RE	0,8	0	3,87	1,51	6,02	2,5	5,18	3,94
EI	0	3,25	0	2,62	0	2,9	0,66	2,96
IF	0	0	0	0,14	0,78	1,9	1,7	1,5
OC	2	6,8	5,16	6,2	5,15	9	9,14	9,04

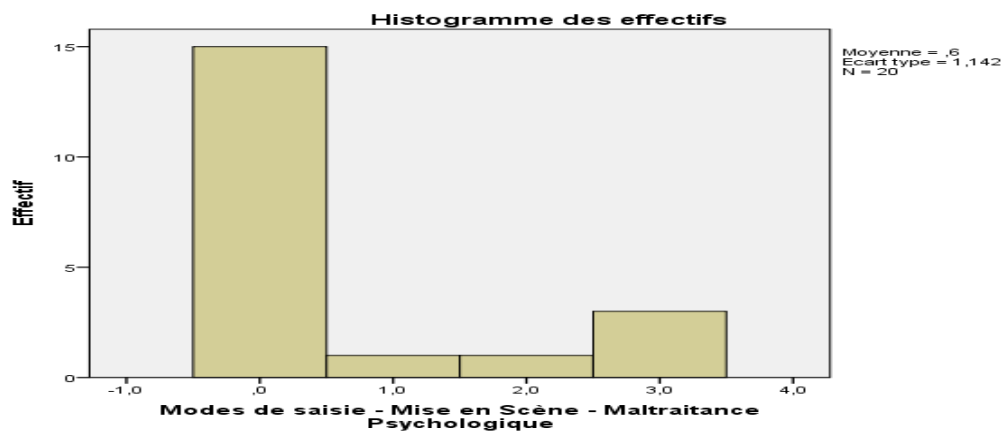
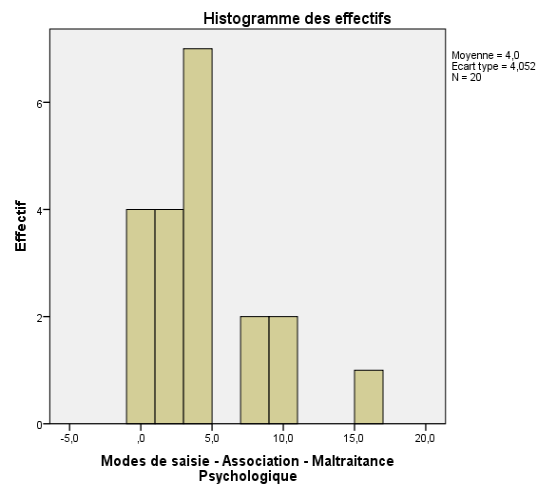
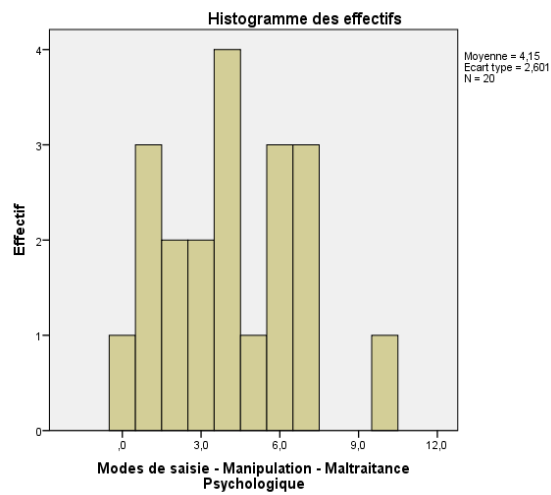
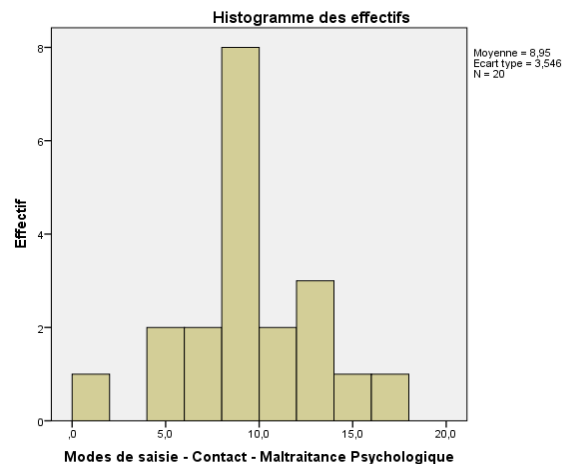
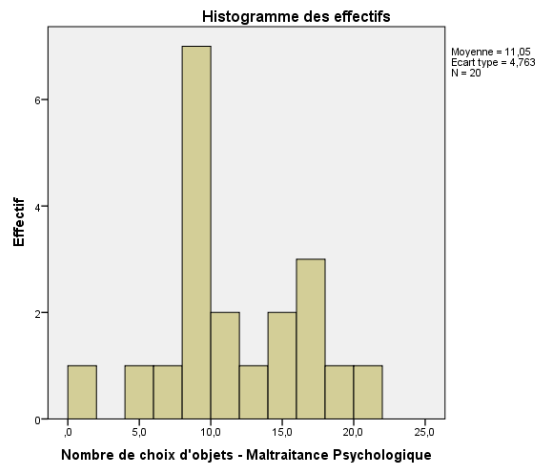
III-6- Histogrammes des variables testées :

1) La maltraitance psychologique :

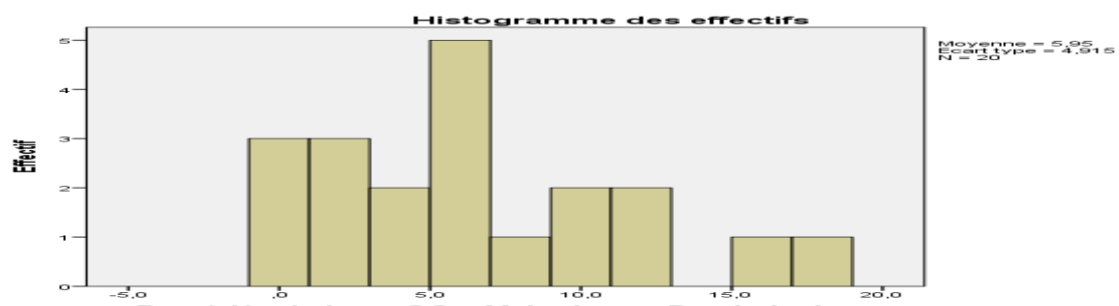
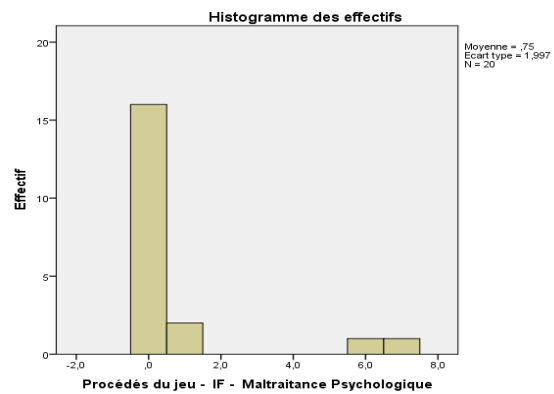
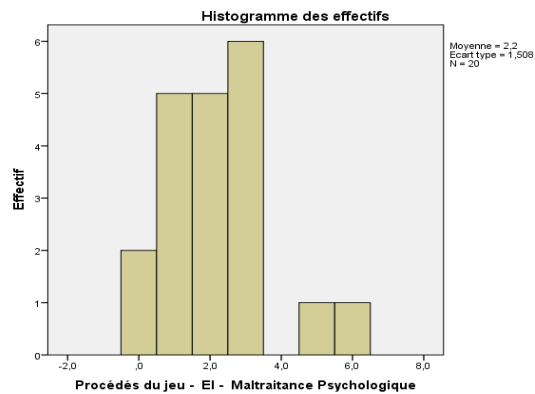
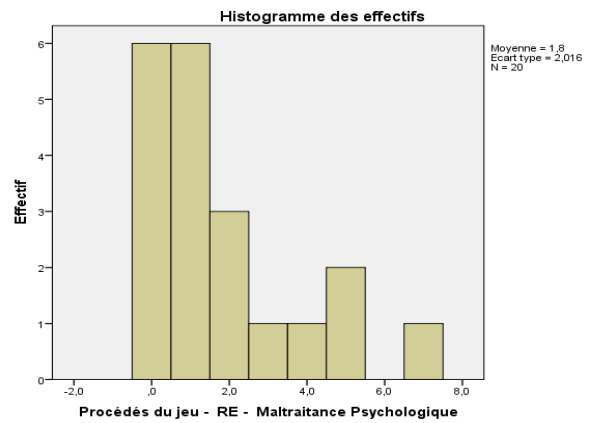
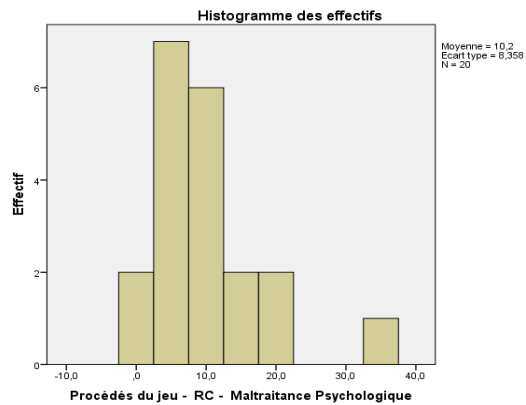
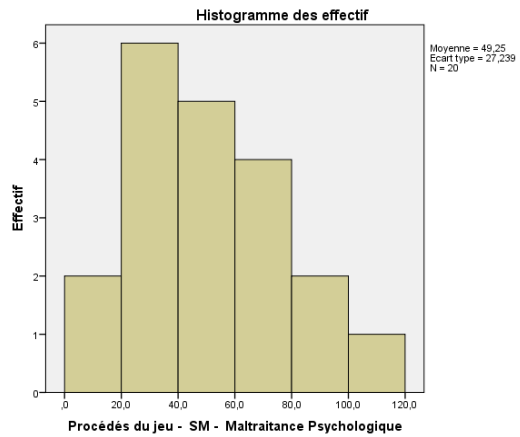
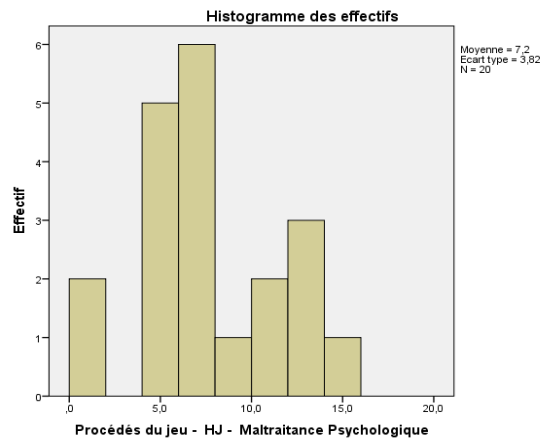
1.1) Au Brunet-Lézine Révisé :



1. 2) Au MPPE avec les modes de saisies.

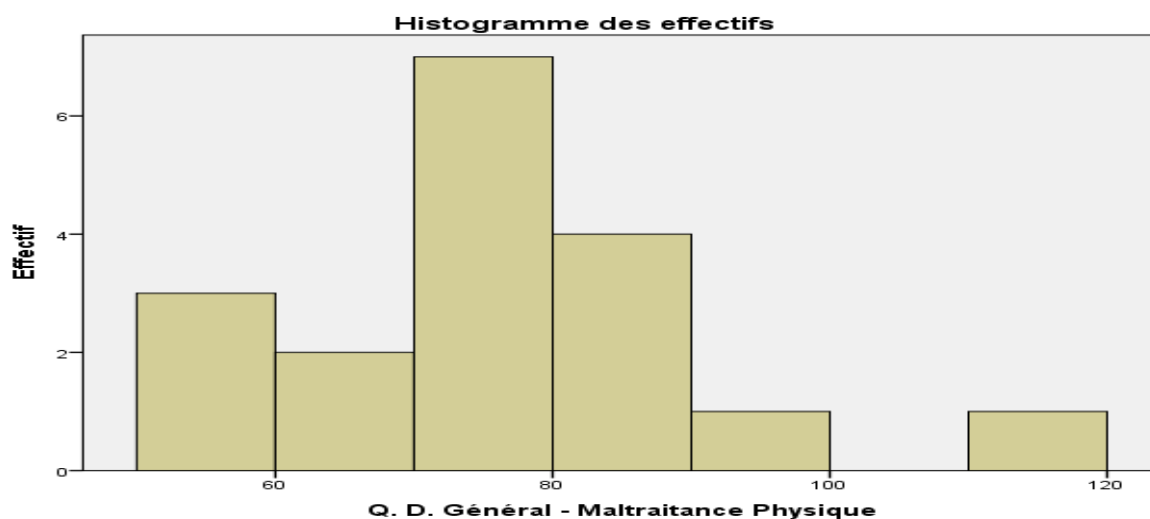
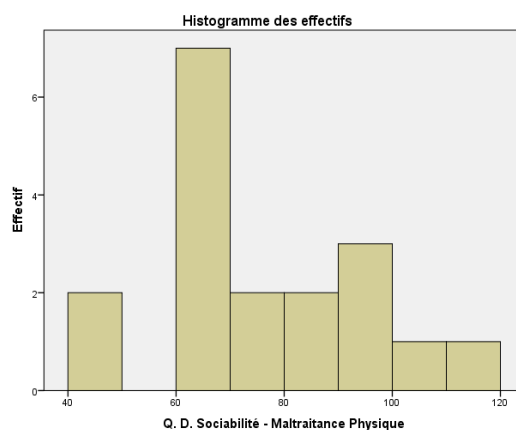
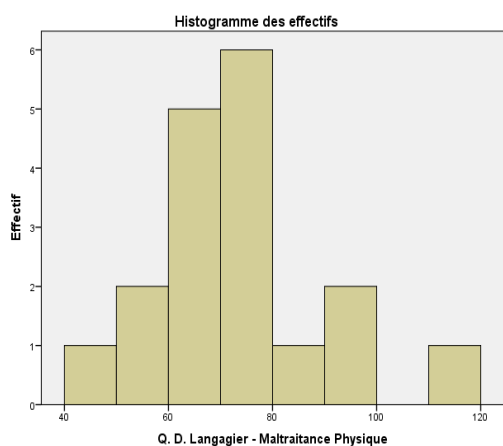
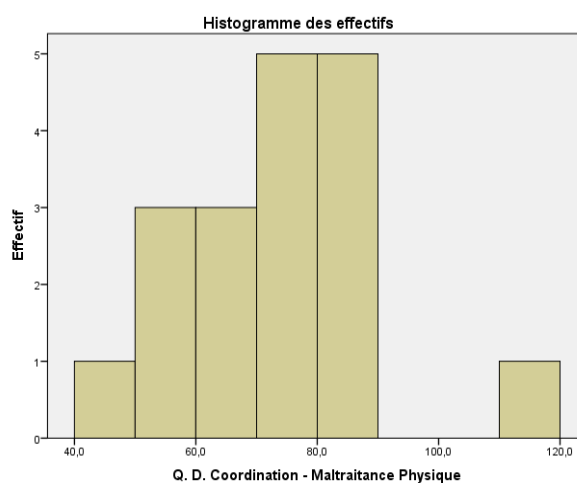
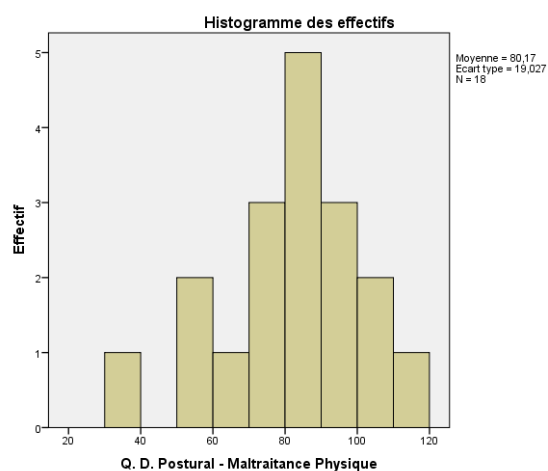


1.3) Au M.P.P.E avec les procédés du jeu :

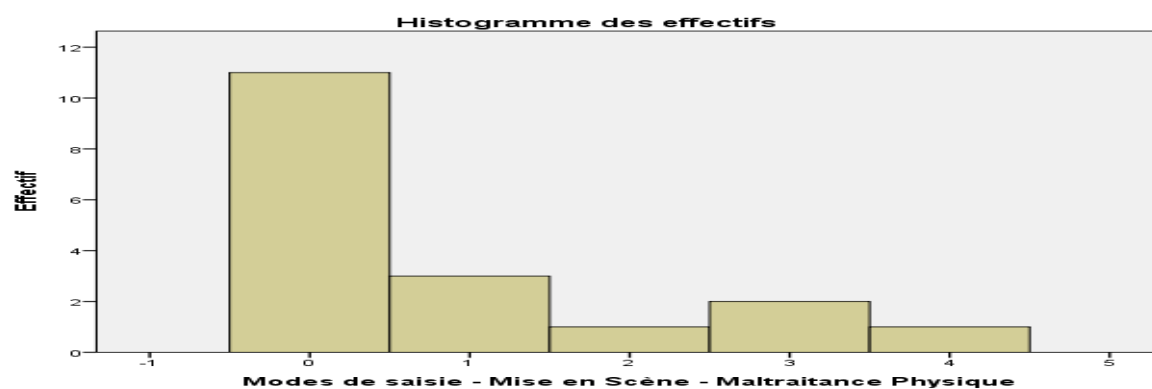
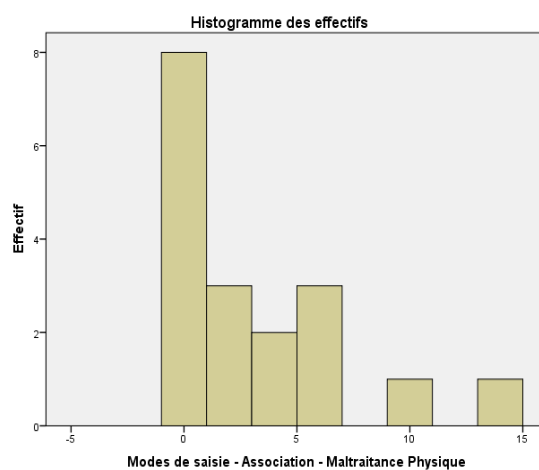
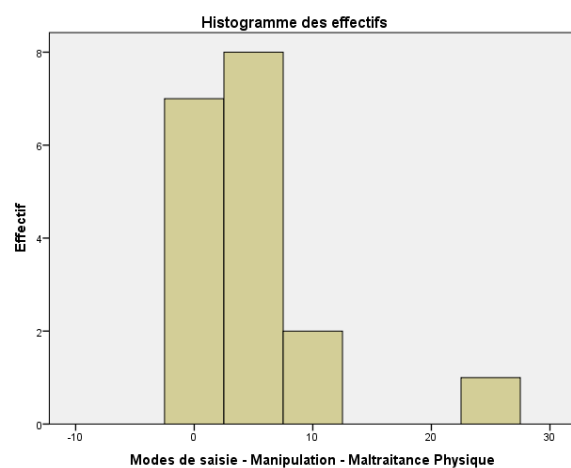
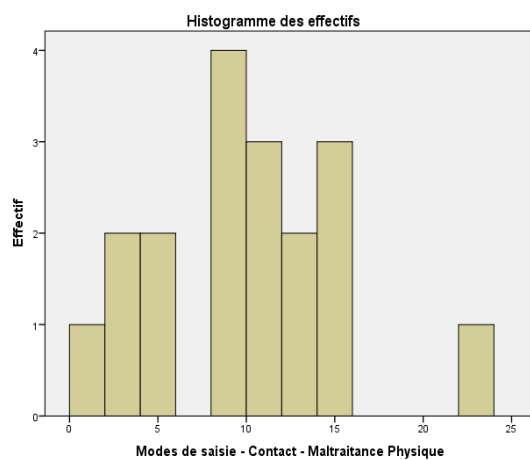
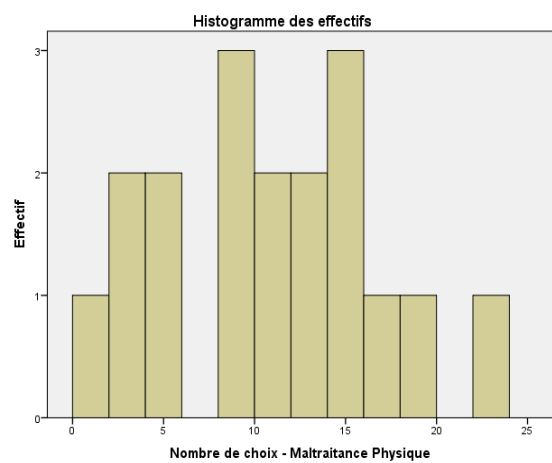


2) La maltraitance Physique :

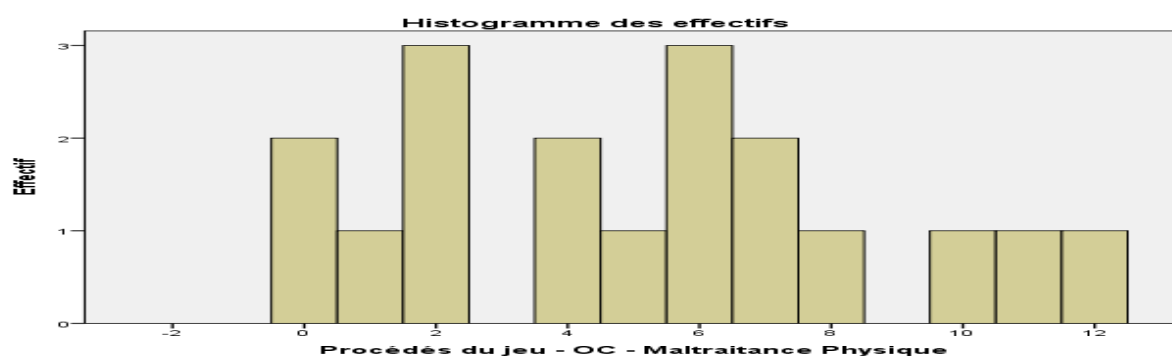
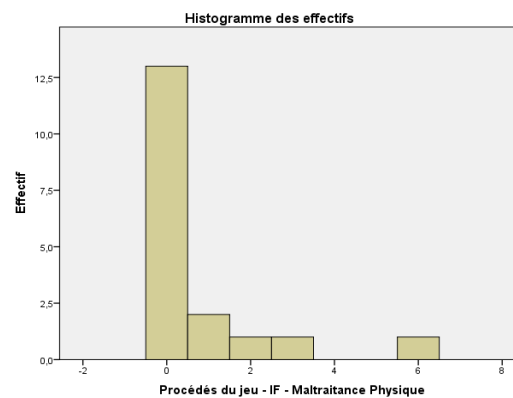
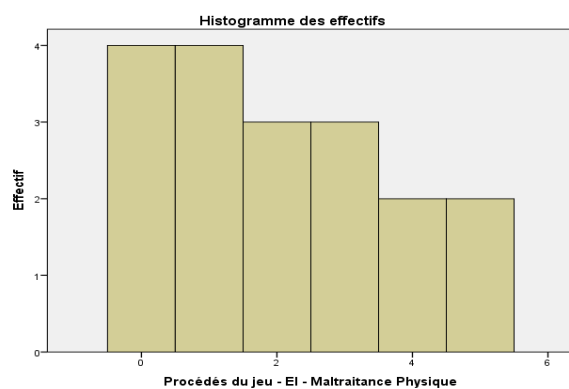
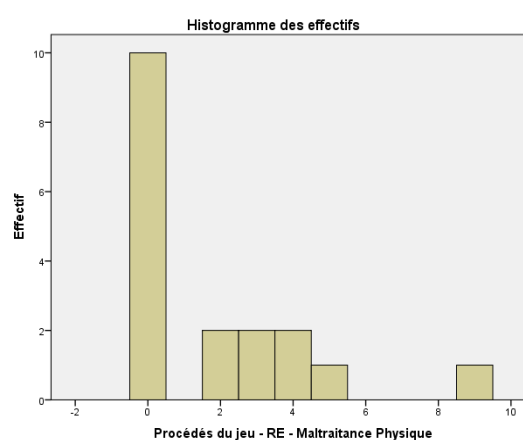
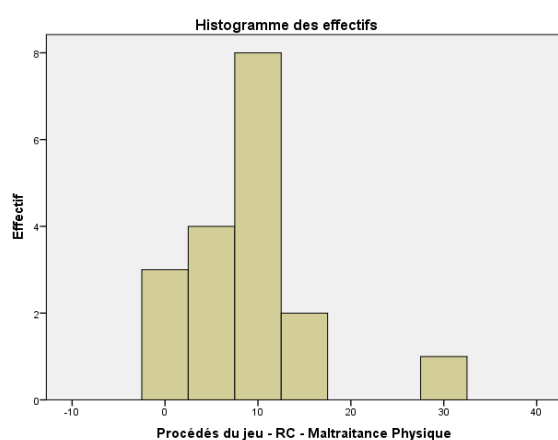
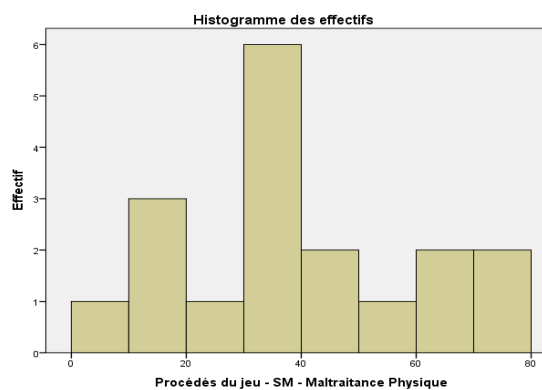
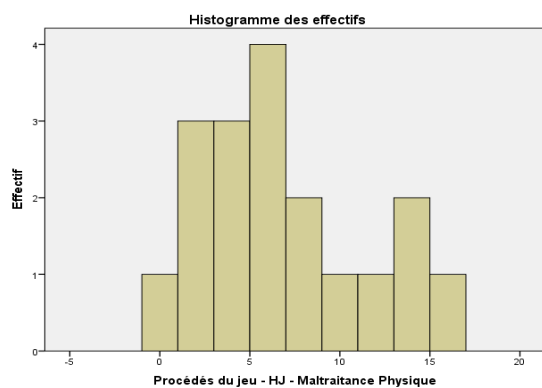
2.1) Au Brunet-Lézine Révisé :



2.2) Au MPPE avec les modes de saisies :



2.3) Au MPPE avec les Procédés du jeu :



III-7- Tableau de représentation des résultats statistiques de Shapiro-Wilk.

Test de Shapiro-Wilk - Normalité de la distribution (p-value)				
Maltraitance	Psychologique	Décision stat	Physique	Décision stat
BLR				
QDP	P = 0.24958	Accept	p = 0.68045	Accept
QDC	p = 0.26241	Accept	p = 0.22200	Accept
QDL	p = 0.58202	Accept	p = 0.70496	Accept
QDS	p = 0.21761	Accept	p = 0.70547	Accept
QDG	p = 0.09755	Accept	p = 0.14291	Accept
MPPE				
Nbre Choix	p = 0.60251	Accept	p = 0.87460	Accept
Contact	p = 0.60038	Accept	p = 0.43042	Accept
Manipulation	p = 0.52639	Accept	p = 0.00002	Reject
Association	p = 0.00441	Reject	p = 0.00138	Reject
Mise en Scène	p = 0.00000	Reject	p = 0.00008	Reject
HJ	p = 0.50836	Accept	p = 0.19584	Accept
SM	p = 0.95867	Accept	p = 0.64332	Accept
RC	p = 0.01378	Reject	p = 0.07427	Accept
RE	p = 0.00207	Reject	p = 0.00032	Reject
EI	p = 0.05310	Accept	p = 0.08712	Accept
IF	p = 0.00000	Reject	p = 0.00000	Reject
OC	p = 0.11868	Accept	p = 0.47949	Accept
Légende:	Accept : La distribution est normale			
	Reject : La distribution n'est pas normale			

III-8- Comparaison Inter-groupe au test de Mann & Witney

Test de Mann & Whitney - Comparaison inter-groupe		
Différence maltraitance physique et psychologique		
BLR		
QDP	p = 0,217	Retenir
QDC	p = 0,133	Retenir
QDL	p = 0,942	Retenir
QDS	p = 0,186	Retenir
QDG	p = 0,167	Retenir
MPPE		
Nbre Choix	p = 0,784	Retenir
Contact	p = 0,851	Retenir
Manipulation	p = 0,534	Retenir
Association	p = 0,331	Retenir
Mise en Scène	p = 0,515	Retenir
HJ	p = 0,496	Retenir
SM	p = 0,276	Retenir
RC	p = 0,762	Retenir
RE	p = 0,553	Retenir
EI	p = 0,740	Retenir
IF	p = 0,718	Retenir
OC	p = 0,828	Retenir
Pour constater une différence significative il faut que la probabilité soit inférieure à 0,05		
Légende:	Retenir : l'hypothèse nulle = pas de différence	
	Rejeter : l'hypothèse nulle = différence significative	

III-9) Comparaison Intra-groupe au test de Wilcoxon

	Comparaison intra-groupe - Test de Wilcoxon - seuil 0,05			
Brunet-Lézine Révisé	Maltraitance Psychologique	Décision statistique	Maltraitance Physique	Décision statistique
Différence QDP / QDL	p = 0,002	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,036	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence QDP / QDC	p = 0,003	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,050	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence QDP / QDS	p = 0,132	Retenir l'hypothèse nulle	p = 0,139	Retenir l'hypothèse nulle
Différence QDC / QDL	p = 0,12	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 1,000	Retenir l'hypothèse nulle
Différence QDC / QDS	p = 0,286	Retenir l'hypothèse nulle	p = 0,453	Retenir l'hypothèse nulle
Différence QDL / QDS	p = 0,008	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,272	Retenir l'hypothèse nulle
Mallette Projective				
Différence HJ / SM	P = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence HJ / RC	p = 0,079	Retenir l'hypothèse nulle	p = 0,092	Retenir l'hypothèse nulle
Différence HJ / RE	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,006	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence HJ / EI	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,002	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence HJ / IF	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,001	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence HJ / OC	p = 0,190	Retenir l'hypothèse nulle	p = 0,359	Retenir l'hypothèse nulle
Différence SM / RC	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence SM / RE	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence SM / EI	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence SM / IF	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence SM / OC	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence RC / RE	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,001	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence RC / EI	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,001	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence RC / IF	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence RC / OC	p = 0,021	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,008	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence RE / EI	p = 0,583	Retenir l'hypothèse nulle	p = 0,693	Retenir l'hypothèse nulle
Différence RE / IF	p = 0,073	Retenir l'hypothèse nulle	p = 0,092	Retenir l'hypothèse nulle
Différence RE / OC	p = 0,005	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,007	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence EI / IF	p = 0,017	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,034	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence EI / OC	p = 0,002	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,003	Rejeter l'hypothèse nulle
Différence OC / IF	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle	p = 0,000	Rejeter l'hypothèse nulle