



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Les comportements sexuels problématiques chez l'enfant : Point de  
vue pédopsychiatrique de l'évaluation dans une perspective de  
prise en charge.**

*Revue de la littérature et étude de cas cliniques*

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2018 à 16h  
au Pôle Formation  
**Par Emeline Ollitrault**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Thomas**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Cottencin**

**Monsieur le Professeur Jardri**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Medjkane**

---

## **AVERTISSEMENT**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

*« J'ai montré mon chef d'œuvre aux grandes personnes et je leur ai demandé si mon dessin leur faisait peur.*

*Elles m'ont répondu : « Pourquoi un chapeau ferait-il peur ? »*

*Mon dessin ne représentait pas un chapeau. Il représentait un serpent boa qui digérait un éléphant. (...)*

*Les grandes personnes ne comprennent jamais rien toutes seules, et c'est fatigant, pour les enfants, de toujours et toujours leur donner des explications (...)*

*Quand j'en rencontrai une qui me paraissait un peu lucide, je faisais l'expérience de mon dessin numéro 1 que j'ai toujours conservé. Je voulais savoir si elle était vraiment compréhensive. Mais toujours elle me répondait « C'est un chapeau. » Alors je ne lui parlais ni de serpents boas, ni de forêts vierges, ni d'étoiles. Je me mettais à sa portée. »*

*Antoine de Saint-Exupéry, Le Petit Prince*

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AED** : Aide Educative à Domicile

**AEMO** : Aide Educative en Milieu Ouvert

**AESF** : Accompagnement en Economie Sociale et Familiale

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**ASE** : Aide Sociale à l'Enfance

**ATSA** : Association for the Treatment of Sexual Abusers

**CFTMEA** : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

**CSBI** : Child Sexual Behavior Inventory

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CRIAVS** : Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

**CRIP** : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

**CS** : Comportements Sexuels

**CSP** : Comportements Sexuels Problématiques

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**IME** : Institut Médico-Éducatif

**IP** : Information Préoccupante

**ISRS** : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

**ITEP** : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

**KSADS-PL** : Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

**MJIE** : Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative

**M.I.N.I-Kid** : Mini International Neuropsychiatric Interview – Present and Lifetime version

**OPJ** : Officier de Police Judiciaire

**OPP** : Ordonnance de Placement Provisoire

**PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse

**PTSD** : Post Trauma Stress Disorder

**QI** : Quotient Intellectuel

**SEGPA** : Section D'enseignement Général et Professionnel Adapté

**SESSAD** : Service d'éducation Spéciale de Soins A Domicile

**TC** : Troubles des Conduites

**TCC** : Thérapies Cognitivo-Comportementales

**TDHA** : Trouble de Déficit de l'Attention / Hyperactivité

**TED** : Trouble Envahissant de

**TEI** : Trouble Explosif Intermittent

**TISF** : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale

**TOP** : Trouble Oppositionnel avec Provocation

**URSAVS** : Unité Régionale pour le Suivi des Auteurs de Violences Sexuelle

**WISC** : Wechsler Intelligence Scale for Children

## SOMMAIRE

<b><u>Introduction</u></b> .....	p.1
<b><u>Revue de la littérature</u></b> .....	p.5
<b>I. <u>Définitions</u></b> .....	p.6
1. <u>Définitions proposées pour différencier les comportements sexuels normaux des CSP</u> .....	p.6
2. <u>Comportements sexuels observés chez les enfants</u> .....	p.10
a. Méthodes et limites des études .....	p.10
b. De 0 à 2 ans .....	p.14
c. De 2 à 12 ans : le Child Sexual Behavior Inventory .....	p.14
d. Souvenirs d'adultes .....	p.22
e. Les méthodes directes .....	p.24
<b>II. <u>Caractéristiques des enfants avec des CSP</u></b> .....	p.27
1. <u>Prévalence des CSP</u> .....	p.27
2. <u>Sexe</u> .....	p.28
3. <u>Age</u> .....	p.29
4. <u>Comorbidités psychiatriques et caractéristiques psychologiques</u> .....	p.30
5. <u>Rôle de l'environnement</u> .....	p.31
a. Antécédents de maltraitance sexuelle .....	p.31
b. Autres types de maltraitance .....	p.35
c. Environnement familial .....	p.36
d. Placements .....	p.36
e. Exposition à la sexualité .....	p.37
f. Milieu scolaire et relations avec les pairs .....	p.38
6. <u>Évolution</u> .....	p.39
<b>III. <u>Prise en charge</u></b> .....	p.42
1. <u>Le signalement</u> .....	p.42
2. <u>L'évaluation sociale et les mesures administratives</u> .....	p.48
3. <u>Les mesures judiciaires</u> .....	p.50
a. Protéger .....	p.51
b. Rappeler la loi .....	p.53
4. <u>Place de la pédopsychiatrie</u> .....	p.57
a. Absence de recommandations .....	p.58

b.	L'évaluation pédopsychiatrique .....	p.58
c.	Le diagnostic .....	p.62
i.	<i>Hypothèses diagnostiques devant des CSP</i> .....	p.62
ii.	<i>Pas de diagnostic de paraphilie chez l'enfant</i> .....	p.63
iii.	<i>Les CSP : des troubles du comportement</i> .....	p.64
iv.	<i>Les principaux cadres nosographiques des troubles du comportement de l'enfant</i> .....	p.65
1)	Le DSM-5 .....	p.66
2)	La CIM-10 et la CIM-11 .....	p.68
3)	La CFTMEA R-2012 .....	p.70
d.	<u>Les soins pédopsychiatriques</u> .....	p.71
i.	<i>Traitements pharmacologiques</i> .....	p.71
1)	Particularités de la prescription en pédopsychiatrie .....	p.71
2)	Traitement spécifique .....	p.74
3)	Traitement symptomatique .....	p.76
ii.	<i>Les thérapies proposées ayant fait l'objet d'études</i> .....	p.81
e.	<u>Les freins potentiels à la prise en charge pédopsychiatrique des enfants manifestant des CSP</u> .....	p.87
<b>IV.</b>	<b><u>Présentation de l'étude de cas cliniques d'enfants pris en charge à l'URSAVS</u></b> .....	p.93
1.	<u>L'Unité Régionale pour le Suivi aux Auteurs de Violences Sexuelles</u> .....	p.93
a.	La création des CRIAVS .....	p.93
b.	L'URSAVS du Nord Pas de Calais .....	p.95
c.	La prise en charge des mineurs à l'URSAVS .....	p.96
i.	<i>L'intervention de l'équipe</i> .....	p.96
ii.	<i>Les chiffres concernant les mineurs</i> .....	p.98
2.	<u>Présentation de l'étude de cas</u> .....	p.100
a.	Objectifs .....	p.100
b.	Population .....	p.100
c.	Accords des parents et de l'enfant .....	p.101
d.	Description de l'évaluation proposée .....	p.101

i.	<i>Entretiens pédopsychiatriques et recueil de données sur dossiers</i>	p.101
ii.	<i>M.I.N.I.-Kid</i>	p.102
iii.	<i>Dessin de famille</i>	p.104
3.	<b><u>Présentation des cas cliniques</u></b>	p.111
a.	Cas clinique n°1 : Paul	p.111
b.	Cas clinique n° 2 et n°3 : Alexis et Louis	p.120
c.	Cas clinique n°4 : Romain	p.137
4.	<b><u>Analyse</u></b>	p.147
a.	Les Comportements Sexuels Problématiques	p.147
b.	Exposition à la sexualité, à la violence sexuelle et maltraitance sexuelle	p.148
c.	Antécédents de maltraitance physique	p.149
d.	Environnement familial	p.149
e.	Mesures sociales, administratives et judiciaires	p.150
f.	Scolarité	p.150
g.	Relation avec les pairs	p.151
h.	Troubles pédopsychiatriques	p.151
i.	Organisation et analyse psychopathologique psychanalytique	p.152
i.	<i>Les pathologies limites de l'enfance</i>	p.152
ii.	<i>Les défauts précoces d'étayage et les traumatismes</i>	p.154
iii.	<i>Les failles narcissiques</i>	p.159
iv.	<i>Le fonctionnement en faux « Self »</i>	p.160
v.	<i>Angoisse de perte d'objet, atteintes portées à l'élaboration de la position dépressive</i>	p.162
vi.	<i>Dominance des expressions par le corps et les agirs</i>	p.166
j.	Éléments en faveur d'un accès à une psychothérapie	p.166
k.	Prise en charge pédopsychiatrique actuelle	p.167
l.	Intérêt et mise en place d'une psychothérapie	p.168
	<b><u>Conclusion</u></b>	p.172
	<b><u>Bibliographie</u></b>	p.176
	<b><u>Annexes 1 et 2</u></b>	p.201
	<b><u>Résumé</u></b>	p.205

## **Introduction**

L'organisation Mondiale de la Santé définit la santé sexuelle comme « *un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence* » (1).

Freud conceptualisa l'idée d'une sexualité infantile comme une notion fondamentale du développement psycho-affectif de l'enfant. La théorie freudienne élargit, ainsi, la notion commune de sexualité. Freud parle de disposition « *perverse polymorphe de l'enfant* ». Il distingue tout au long de l'enfance différentes stades dits pré-génitaux (oral, anal, phallique), lors desquels, certaines zones du corps (dites érogènes) sont investies de manière privilégiée par l'enfant avant de se rassembler sous le primat de la sexualité génitale adulte au cours de l'adolescence (2). La sexualité n'a donc pas la même signification pour l'enfant, pour l'adolescent ou pour l'adulte.

Sous l'effet de l'amnésie infantile, l'adulte ne gardera quasiment aucune trace de cette période. Celle-ci désigne l'absence, avant deux ans, puis la relative pauvreté, jusqu'à six ans, des souvenirs relatifs aux premières années de la vie (3). Freud explique que cette amnésie « *résulte du refoulement qui porte sur la sexualité infantile et s'étend à presque la totalité de l'enfance* » (4).

Dans notre société, la sexualité des enfants perturbe toujours le monde des adultes (5).

Les débats actuels concernant l'éducation sexuelle à l'école montrent à quel point, la sexualité des enfants, suscite toujours des réactions vives et pleine d'émois, toujours

dans la peur que la société viendrait « *pervertir* » des enfants soi-disant totalement étrangers au monde de la sexualité (6)(7).

De nos jours, les enfants passent beaucoup de temps devant les écrans sur lesquels ils regardent les émissions jeunesse mais également celles qui s'adressent aux adultes (films, séries, émissions de télé-réalité). Ils ont accès via internet sur les ordinateurs et surtout sur leurs téléphones portables à des images pornographiques (8). La sexualité adulte leur est ainsi accessible.

Par ailleurs, la surmédiation des affaires récentes d'agressions sexuelles, d'une particulière violence à l'égard d'enfants (9)(10) vient accentuer les représentations sociétales.

Dans ce contexte, les enfants manifestant des comportements sexuels problématiques, surtout lorsque les comportements sont interpersonnels et répétés, ne sont pas épargnés par les amalgames et sont vite assimilés à de futurs agresseurs sexuels en puissance. Bousculant les adultes dans leurs représentations, ils risquent de n'être vus que par ce prisme avec comme conséquence d'être ostracisés, notamment lorsqu'il s'agit d'enfants de sexe masculin (11)(12).

Les professionnels de la protection de l'enfance, de la justice et du milieu sanitaire ne sont pas épargnés par ces représentations et manifestent souvent leur désarroi et leur incompréhension face aux enfants manifestant des CSP.

Au carrefour d'interventions multiples, la pédopsychiatrie est régulièrement sollicitée pour évaluer et prendre en charge ces enfants, bien souvent pour un traitement en urgence, qui mettrait sous silence les comportements sexuels dérangeants. Se heurtant à de nombreuses difficultés, le travail pédopsychiatrique n'est souvent pas

aisé. Pourtant, mettre sous silence un comportement problématique ne résout pas pour autant les conflits psychiques sous-jacents. Mis en latence, les symptômes réprimés n'ayant pas été élaborés et résolus risquent de ré émerger sous d'autres formes ou avec plus d'intensité.

Devant ces inquiétudes et ces représentations, nous nous sommes demandé : Qui sont ces enfants ? La pédopsychiatrie a-t-elle un rôle à jouer les concernant et comment peut-elle intervenir au sein du dispositif pluridisciplinaire bien souvent impliqué ?

En 2013, Audrey Tanguy-Stievenard a réalisé sa thèse d'exercice sur « (...) *le comportement sexuel et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent* » et y a développé notamment l'histoire de la sexualité de l'enfant et le développement sexuel normal selon les différents courants théoriques (13). Nous y renvoyons les lecteurs pour plus de précisions.

Dans sa lignée, en se concentrant exclusivement sur les enfants avec des Comportements Sexuels Problématiques, leur évaluation et leur prise en charge, ce travail de thèse va tenter de répondre aux questions exposées ci-dessus.

Dans une première partie, nous clarifierons la définition des Comportements Sexuels Problématiques et tenterons de définir cette population au vu de la littérature. Dans un second temps, nous rappellerons les différents intervenants impliqués dans la prise en charge et expliciterons la démarche de la prise en charge pédopsychiatrique.

Enfin, nous présenterons une étude de cas réalisée auprès de quatre enfants pris en charge à l'Unité Régionale de Soins des Auteurs de Violence Sexuelle de Lille dans le cadre de CSP interpersonnels auxquels nous avons proposé une évaluation pédopsychiatrique.

## **Revue de la littérature**

La recherche bibliographique a été menée dans les bases de données informatiques Pubmed, GoogleScholar, Science Direct et Cairn et Declic (base de données de l'Université Lille 2). Les mots-clés et termes Mesh suivant ont été utilisés :

- Développement (psycho)-sexuel
- Comportement sexuel (normal)
- Sexualité infantile
- Troubles du comportement sexuel
- Comportements sexuels problématiques
- Comportements sexuels intrusifs
- Comportements sexuels agressifs
- Comportements sexuels interpersonnels
- Sexual development
- (Normal) sexual behavior
- Child behavior sexual disorder
- Problematic sexual behavior
- Intrusive sexual behavior
- Aggressive sexual behavior
- Harmful sexual behavior

Ces termes ont été combinés aux suivants : « enfant », « pédiatrique », « child », « children » ou « pediatric » afin de préciser la population concernée.

Nous avons sélectionné les articles en langue anglaise et française répondant directement aux problématiques de ce travail et présentant un intérêt et une pertinence suffisante pour répondre à nos questions.

## I. Définitions

### 1. Définitions proposées pour différencier les comportements sexuels normaux des CSP

Loin de l'image classique d'une enfance sans sexualité, les enfants dès leur plus jeune âge, s'intéressent à la sexualité et manifestent des comportements sexuels (14)(15). Ces comportements sont communs et fréquents et font partie du développement psycho-sexuel normal de l'enfant (16).

Bien que plusieurs études aient trouvé des résultats similaires concernant les comportements sexuels attendus en fonction de l'âge et de l'étape développementale, aucune définition officielle de la normalité des comportements sexuels observés chez un enfant n'a été établie (17).

Il en est de même pour définir un comportement sexuel problématique. La frontière, toujours délicate, entre normal et pathologique (18), l'est d'autant plus quand la question s'intéresse d'une part, aux enfants (19), constamment en développement et d'autre part à la sexualité, sujet complexe et enjeu sociétal majeur (20).

Il existe, entre un comportement considéré comme normal ou clairement problématique, toute une gamme de comportements sexuels parfois difficiles à caractériser (17).

Un comportement sexuel peut impliquer un enfant seul ou plusieurs enfants sans que cela préjuge du caractère normal ou problématique.

La limite entre un jeu sexuel partagé entre enfant et une véritable agression n'est pas toujours évidente (13)(21)(22) et nécessite une évaluation au cas par cas qui peut parfois mettre en défaut les définitions établies.

Jean-Yves Hayez, pédopsychiatre, a tenté de préciser les déterminants d'une « *vie sexuelle en bonne santé développementale* » chez les enfants de 6 à 11 ans (23). Il cite la curiosité pour la nature et le fonctionnement du corps, « *le désir et le processus d'identification aux grands et aux adultes* » renforcés par l'accès à la sexualité adulte notamment via les médias, le défi face aux règles (l'envie de transgresser ce qui est interdit parce que c'est interdit), l'affirmation d'une puissance ressentie en soi (« *s'intéresser au sexe, c'est être grand, se le prouver à soi-même, et le montrer aux autres* »), les angoisses et les légers sentiments de culpabilité irrationnelle, la camaraderie ou l'amitié (faire plaisir à l'autre), une satisfaction érotique (« *le plaisir de la manipulation sexuelle, le plaisir de (se) toucher ou d'être touché, constitue également un déterminant partiel de l'activité sexuelle infantile* ») (23).

En se référant à ces déterminants, l'auteur tente de donner des précisions sur ce qu'il considère être une « *activité sexuelle qui se développe bien* » (23), et décrit, pour la tranche d'âge 6-11 ans :

- un déclin de la primauté des pulsions pré-génitales et la progression de la primauté du génital avec des allers et retours possibles.
- Une ambiance affective entourant l'activité sexuelle « *détendue, paisible, plaisante, sans centration exclusive sur la seule jouissance physique* » (23). Le Professeur Hayez ajoute qu'il peut parfois s'y mêler une légère angoisse ou culpabilité.
- Un déroulement de l'activité sexuelle souvent déclenché par le hasard et non organisée, planifiée, anticipée.

- Une activité qui ne se répète pas à haute fréquence et n'a pas une place majeure dans la vie de l'enfant au prix d'autres activités.
- Lorsque les activités sexuelles sont partagées avec des pairs, ils sont respectés et sont plus ou moins du même âge.

De façon similaire, un groupe de travail de l'ATSA (Association of the Treatment of Sexual Abusers) a proposé une définition et des pistes afin de différencier un comportement sexuel considéré comme normal d'un comportement sexuel potentiellement problématique et devant alerter (24).

Cette association se présente comme une organisation internationale multidisciplinaire composée de cliniciens, de chercheurs, d'éducateurs, d'avocats de victimes, de juristes, et d'associations d'usagers et de victimes. Créée dans les années 1980 par un groupe de cliniciens américains, elle compte actuellement plus de 3000 membres dans une vingtaine de pays. Elle a pour objectif de « *rendre la société plus sûre en prévenant l'abus sexuel* » (25).

L'ATSA précise que les comportements sexuels problématiques ne font partie d'aucun syndrome médical ou psychologique mais qu'ils correspondent à des comportements ayant dépassé les limites de ce qui est accepté par une société donnée (24).

Nous proposons la traduction suivante de la définition de l'ATSA : « *Les enfants ayant des comportements sexuels problématiques sont des enfants âgés de 12 ans ou moins, initiant des comportements impliquant des parties sexuelles du corps (parties génitales, anus, seins, fesses) qui sont inappropriés sur le plan développemental ou potentiellement blessant pour eux-mêmes ou pour autrui. Les enfants ne devraient habituellement pas s'engager dans des activités sexuelles similaires à celles des*

*adultes comme avoir des relations avec pénétration ou des contacts oro-génitaux. »*  
(24).

Pour déterminer si le(s) comportement(s) sexuel(s) d'un enfant est/sont problématique(s), il est primordial de considérer plusieurs aspects qui pourront donner l'alerte : si le comportement est très fréquent ou s'il augmente en fréquence, si le comportement est considéré comme rare ou commun pour l'âge et l'étape développemental de l'enfant concerné, si le sexe/ le comportement sexuel est devenu une préoccupation pour l'enfant, si l'enfant a utilisé la force, l'intimidation, la menace, s'il existe une détresse émotionnelle chez les enfants impliqués, si le comportement interfère avec le développement social de l'enfant, si le comportement peut avoir pour conséquence des blessures physiques, si l'enfant continue le comportement sexuel après intervention des adultes, s'il implique un autre enfant d'un âge ou d'une étape développementale trop éloignée (en pratique, plusieurs auteurs évoquent une différence d'âge supérieure ou égale à 4 ans) (24).

Par ailleurs, un comportement sexuel chez un enfant peut avoir une autre intention ou une autre motivation que celle d'un adulte : l'enfant peut agir par curiosité, anxiété, imitation, par recherche d'attention ou pour se rassurer, s'apaiser (24).

Enfin, il ne faut pas oublier qu'un comportement sexuel problématique n'implique pas toujours un autre enfant et qu'il peut être solitaire et problématique.

Comme Jean-Yves Hayez, l'ATSA (Association for the Treatment of Sexual Abusers) Task Force a tenté de donner une définition des comportements sexuels normaux et les a désignés comme des comportements qui arrivent « *spontanément, de façon intermittente, qui sont mutuels et non coercitifs* » entre enfants de niveaux développementaux voisins et qui ne causent pas de détresse émotionnelle (24).

**La limite entre la normalité et la pathologie n'est donc pas clairement établie. Il semble qu'il y ait un continuum du comportement sexuel normal du développement de l'enfant au comportement sexuel problématique très préoccupant (17).**

**Malgré ces recommandations pour identifier un comportement sexuel comme problématique, l'évaluation reste toujours très délicate, implique de nombreux facteurs et doit toujours être la plus prudente, la plus singulière et la plus exhaustive possible en s'intéressant à l'enfant et à chacun des systèmes dans lesquels il évolue.**

## **2. Comportements sexuels observés chez les enfants**

### **a. Méthodes et limites des études**

A partir des années 1970, de nombreuses études ont décrit un lien entre les abus sexuels subis et les comportements sexuels observés chez les enfants (16).

A partir des années 1990, plusieurs auteurs ont alors rappelé que les comportements sexuels étaient fréquents chez tous les enfants et n'étaient pas systématiquement la preuve d'abus potentiels mais pouvaient être les témoins d'un développement sexuel attendu (16)(26).

Ces comportements pouvant être très variés, plusieurs études ont été menées afin de documenter les comportements sexuels observés chez les enfants, définir ceux pouvant être considérés comme normaux et les différencier de ceux pouvant inquiéter.

Cependant, ces études présentent de nombreuses limites (15)(27).

### Méthodes indirectes

La grande majorité des études documentant le comportement sexuel normal de l'enfant a utilisé des méthodes indirectes. Autrement dit, des méthodes ne se basant ni sur l'observation directe des enfants ni sur des questions directement posées aux enfants.

Dans la plupart des études, des adultes en charge de l'enfant (le plus souvent les mères mais également les pères, des instituteurs, des éducateurs, etc) ont été interrogés a posteriori sur les comportements sexuels qu'ils ont observé chez l'enfant concerné. Les adultes pouvaient être interrogés directement (28) ou en utilisant des questionnaires ou des journaux (27)(28)(29)(30).

D'autres auteurs ont choisi de questionner des adolescents ou des adultes sur les souvenirs qu'ils avaient de leurs comportements sexuels dans leur enfance (22)(31)(32).

Ces deux types d'études ont leurs limites.

En interrogeant les adultes observateurs, les comportements rapportés sont toujours ceux soumis au regard d'un tiers. Certains comportements peuvent avoir été oubliés, non interprétés comme sexuels et non rapportés ou avoir eu lieu hors de la vue d'un adulte.

Par exemple, des auteurs suédois ont comparé les comportements sexuels observés par les parents et ceux observé par les instituteurs (33). Ils ont constaté que les parents rapportaient plus de comportements sexuels que les enseignants. Ainsi, en fonction de l'observateur et du contexte, les données recueillies diffèrent.

Les études qui questionnent des adolescents et des adultes sur leurs souvenirs ne permettent de recenser que les comportements sexuels dont les adultes se rappellent, omettant ceux qu'ils ont oubliés (22)(31)(32).

Dans les deux cas, les comportements sexuels risquent d'être sous-estimés.

Pour illustrer ce propos, plusieurs études ont souligné la différence entre ces deux types de méthodes indirectes :

- Lorsque ce sont les adultes en charge des enfants qui ont été interrogés, on constate une diminution des comportements sexuels avec l'âge ;
- Au contraire, quand les adultes rapportent leurs souvenirs, la fréquence des comportements sexuels augmentent avec l'âge.

La plupart des auteurs supposent qu'en grandissant, les enfants apprennent ce qui est attendu d'eux ou pas, ce qu'ils peuvent faire en public et ce qui est de l'ordre du privé. On peut donc supposer qu'en grandissant, les enfants intègrent des règles sociales mais également des capacités leur permettant de se soustraire à l'observation des adultes (27).

Les méthodes directes, interrogeant ou observant directement l'enfant, sont très rares (34).

### Nombre d'études

Malgré l'existence de plusieurs recherches étudiant le comportement sexuel normal chez l'enfant, elles sont toujours en grande infériorité comparées aux études s'intéressant aux comportements sexuels problématiques.

### Peu de travaux récents

A notre connaissance, aucune étude récente (dans les 10 dernières années) de grande envergure n'a été menée afin de documenter les comportements sexuels constatés fréquemment chez les enfants, la majorité des données de ce chapitre provient donc d'écrits antérieurs à 2010.

Pourtant, au regard des changements sociétaux récents concernant la sexualité notamment la facilité d'accès à la pornographie sur internet ainsi que les questionnements sur l'éducation sexuelle, il semblerait intéressant de mener des études en population générale afin de documenter les comportements sexuels des enfants et des adolescents d'aujourd'hui et de les comparer avec les résultats obtenus il y a bientôt 20 ans.

### Sociétés occidentales

Les études que nous présentons dans ce chapitre ont toutes été réalisées dans des sociétés occidentales : majoritairement américaines mais également européennes. Les comportements observés en population générale ne sont donc pas superposables aux comportements constatés chez des enfants issus de sociétés ayant un modèle culturel différent (35).

Dans une moindre mesure, il existe également des différences observées d'un pays occidental à l'autre. A titre d'exemple, une étude comparant les comportements sexuels des enfants américains et ceux des enfants suédois a mis en évidence des

différences : les enfants suédois présentaient plus de comportements sexualisés et étaient moins pudiques que les américains (36).

Enfin, nous n'avons pas trouvé d'étude menée en France.

#### b. De 0 à 2 ans

Peu d'études ont documenté le développement sexuel du très jeune enfant. Selon la littérature, les enfants de cet âge se toucheraient les parties génitales parfois de manière rythmique. Ces manipulations s'accompagneraient d'expression faciale de plaisir, d'une augmentation du rythme respiratoire, de transpiration ou de rougissement (37).

Dès la seconde année de vie, les mères ont pu rapporter la curiosité de leur enfant à l'égard des parties génitales de leurs parents en les touchant, les nommant, ou les regardant (15).

#### c. De 2 à 12 ans : le Child Sexual Behavior Inventory

William N. Friedrich s'est beaucoup intéressé au sujet et a créé le Child Sexual Behavior Inventory (16)(38)(39)(40) un questionnaire en langue américaine, adressé aux parents (la mère), qui recense, dans sa troisième version, 38 comportements sexuels pouvant être constatés chez les enfants de 2 à 12 ans pendant les six derniers mois. Les parents doivent renseigner, pour chacun des comportements, la fréquence

entre 0 et 3 : 0 correspondant à un comportement n'ayant jamais été constaté et 3 un comportement ayant été constaté au moins une fois par semaine.

Les résultats sont interprétés selon 3 tranches d'âge (2 à 5 ans, 6 à 9 ans et 10 à 12 ans) (16).

Les comportements observés ont été séparés en 9 catégories :

- « *Boundary Problems* » ou Distance interpersonnelle inappropriée
- « *Exhibitionism* » : l'exposition délibérée de parties intimes
- « *Gender role Behavior* » : les comportements associés à un genre spécifique (masculin ou féminin)
- « *Self stimulation* » : se masturber, se toucher ou se frotter pour avoir du plaisir
- « *Sexual Anxiety* » : anxiété devant les marques d'affections entre les parents et d'autres personnes
- « *Sexual Interest* » : intérêt, curiosité pour la sexualité
- « *Sexual Intrusiveness* » : toucher les organes génitaux d'un autre enfant par exemple
- « *Sexual Knowledge* » : connaissances concernant la sexualité
- « *Voyeuristic Behavior* » : comportements « voyeurs »

Un score total reflète la fréquence des comportements sexuels que l'enfant montre : plus le score est élevé, plus l'enfant a montré fréquemment des comportements sexuels.

L'échelle est divisée en deux : la « *Developmentally Related Sexual Behavior Scale* »

qui regroupent les comportements pouvant être considérés comme normaux selon l'âge et le genre et la « *Sexual Abuse Specific Scale* » qui indique les comportements sexuels relativement atypiques en fonction de l'âge et du sexe (16).

Ce questionnaire a été établi sur une population de 1114 enfants de la population générale issue de trois villes américaines différentes et sur 512 enfants ayant été victimes d'agressions sexuelles (16)(38)(39)(40).

Friedrich et son équipe ont identifié les comportements en fonction de leur fréquence dans les trois catégories d'âge et pour chaque sexe (16).

#### Pour les garçons :

- De 2 à 5 ans :
  - Fréquence supérieure à 20% :
    - se toucher les parties génitales à domicile et en public ;
    - toucher ou essayer de toucher les seins de leur mère ou d'une autre femme ;
    - essayer de regarder des gens se déshabiller ou nus
    - de se tenir trop proche des autres.
  - Fréquence entre 10 et 20% :
    - se masturber manuellement ;
    - montrer ses parties génitales aux adultes ;
    - faire des câlins à des adultes peu connus ;
    - être attristés devant les adultes qui s'embrassent ;
    - s'habiller comme le sexe opposé ;
    - être très intéressé par le sexe opposé.

- De 6 à 9 ans :
  - Fréquence supérieure à 20% :
    - Se toucher les organes génitaux à la maison ;
    - Essayer de regarder les gens nus ou en train de se déshabiller ;
  - Entre 10 et 20% :
    - toucher ou essayer de toucher les seins de leur mère ou d'une autre femme ;
    - se toucher les parties génitales en public ;
    - se masturber manuellement ;
    - se tenir trop proche des autres ;
    - être très intéressé par le sexe opposé ;
    - essayer de regarder des photos de personnes nues ;
    - avoir de meilleures connaissances concernant la sexualité.
  
- De 10 à 12 ans :
  - le seul item dont la fréquence est supérieur à 20% dans ces échantillons était d'être très intéressé par le sexe opposé.
  - Avec des fréquences entre 10 et 20% :
    - plus grandes connaissances sur la sexualité ;
    - essayer de regarder des photos de personnes nues ;
    - parler plus d'actes sexuels ;
    - souhaiter regarder des films à contenu explicite à la TV.

Pour les filles :

- De 2 à 5 ans :
  - Fréquence supérieure à 20% :
    - se toucher les parties génitales à domicile ;
    - toucher ou essayer de toucher les seins de leur mère ou d'une autre femme ;
    - essayer de regarder des gens se déshabiller ou nus
    - de se tenir trop proche des autres.
  - Fréquence entre 10 et 20% :
    - se masturber manuellement ;
    - se toucher les parties génitales en public ;
    - montrer ses parties génitales aux adultes ;
    - faire des câlins à des adultes peu connus ;
    - être attristée devant les adultes qui s'embrassent ;
    - s'habiller comme le sexe opposé ;
    - être très intéressée par le sexe opposé.
  
- De 6 à 9 ans :
  - Fréquence supérieure à 20% :
    - Se toucher les organes génitaux à la maison ;
    - Essayer de regarder les gens nus ou en train de se déshabiller.
  - Entre 10 et 20% :
    - toucher ou essayer de toucher les seins de leur mère ou d'une autre femme ;
    - se tenir trop proche des autres ;
    - être très intéressée par le sexe opposé ;

- essayer de regarder des photos de personnes nues ;
  - meilleures connaissances concernant la sexualité.
- De 10 à 12 ans :
- La seule catégorie dont la fréquence est supérieure à 20% dans ces échantillons est d'être très intéressée par le sexe opposé.
  - Avec des fréquences entre 10 et 20% :
    - plus grandes connaissances sur la sexualité ;
    - souhaiter regarder des films à contenu explicite à la TV ;
    - se tenir trop proche des autres.

Les comportements ayant une fréquence supérieure à 20% ont été considérés par l'équipe de Friedrich comme étant des comportements sexuels normaux dans le développement de l'enfant (16).

A la suite des travaux de Friedrich, plusieurs auteurs ont conduit des études similaires avec des résultats équivalents.

Par exemple, en Allemagne, une étude datant de 1999 incluant 917 enfants de la population générale sans antécédents d'abus sexuels, a utilisé la CSBI adaptée (44 items) et 3 autres questions issus d'un autre questionnaire et a trouvé les résultats suivants (41) :

De 2 à 5 ans, les comportements ayant une fréquence supérieure à 20% étaient :

- parmi les items présents dans le CSBI américaine : se toucher les parties intimes à la maison et en public, essayer de regarder des personnes nues,

toucher les seins de femmes adultes, toucher les parties génitales d'autres personnes, montrer ses parties génitales aux adultes, embrasser des adultes hors de la famille, embrasser des enfants hors de la famille, s'intéresser beaucoup au sexe opposé ;

- parmi les items non présents dans la version américaine : se gratter la zone génitale ou anale, se déshabiller devant d'autres personnes, s'asseoir en exposant ses parties génitales ou ses sous-vêtements, aimer se promener en sous-vêtements, jouer avec des jeux du sexe opposé, montrer de la timidité envers les hommes inconnus, se promener nu dans la maison, jouer au « docteur », poser des questions en lien avec la sexualité.

De 6 à 9 ans :

- Les fréquences diminuaient sous la barre des 20% pour les items : se toucher les parties génitales en public, toucher les parties génitales d'autres personnes, montrer ses parties génitales aux adultes ;
- les fréquences restaient au-dessus de 20% pour les catégories : se gratter la zone génitale ou anale, toucher les parties intimes d'autres personnes, toucher les seins des femmes, se toucher les parties génitales à la maison, essayer de regarder des personnes nues, embrasser des adultes hors de la famille, embrasser des enfants hors de la famille, se déshabiller devant d'autres personnes, s'asseoir en exposant ses parties génitales ou ses sous-vêtements, s'intéresser beaucoup au sexe opposé, jouer avec des jeux du sexe opposé, aimer se promener en sous-vêtements, montrer de la timidité envers les

hommes inconnus, se promener nu dans la maison, jouer au « docteur », poser des questions en lien avec la sexualité ;

- La fréquence augmentait au-dessus de 20% pour trois items : utiliser des mots décrivant des activités sexuelles, essayer de regarder des photos de personnes nues, embrasser des adultes hors de la famille, embrasser des enfants hors de la famille, se déshabiller devant d'autres personnes, s'intéresser beaucoup au sexe opposé, jouer avec des jeux du sexe opposé, aimer se promener en sous-vêtements, montrer de la timidité envers les hommes inconnus , être pudique, oser des questions en lien avec la sexualité ;
- De 10 à 12 ans, les items dont la fréquence dépassait les 20% dans l'échantillon étaient : se gratter la zone génitale ou anale, se toucher les parties génitales à la maison, utiliser des mots décrivant des activités sexuelles, essayer de regarder des photos de personnes nues, être pudique.

Dans ces études, l'âge des enfants et le niveau d'éducation maternelle étaient significativement liés aux comportements sexuels observés : plus les enfants étaient jeunes, plus les comportements étaient fréquents et plus les mères avaient un niveau d'éducation élevé, plus le nombre de comportements rapportés étaient fréquents. Il s'agit probablement des conséquences de la méthode choisie : plus les enfants grandissent, plus ils sont pudiques concernant la sexualité. Par ailleurs, les mères avec un niveau d'éducation plus élevé ont peut-être tendance à identifier plus de comportements comme ayant un lien avec la sexualité et/ou à avoir une attitude plus tolérante concernant la sexualité chez leurs enfants (16).

#### d. Souvenirs d'adultes

Une étude de 2002 (32) a interrogé 269 jeunes adultes à l'aide de questionnaires. 88% de l'échantillon rapportait une expérience sexuelle avant 13 ans. 14% d'entre eux seulement précisaient qu'un adulte savait contre 58% qui étaient sûrs que personne n'était au courant.

#### Expériences sexuelles solitaires (32)

82,9% des personnes interrogées rapportaient des expériences sexuelles solitaires. Les comportements les plus communs étaient l'exploration du corps notamment les parties génitales, se regarder dans le miroir nu et regarder des films ou des images pornographiques.

Avant 6 ans, seule l'exploration du corps et des parties intimes était retrouvée à plus de 10%. La fréquence des comportements observés augmentait ensuite de 6 à 12 ans. Les garçons rapportaient plus de comportements sexuels solitaires que les filles avec une différence qui augmentait avec l'âge.

Au total, avant 13 ans, 62% des garçons avaient expérimenté la masturbation dont 44% jusqu'à l'orgasme contre 36% chez les filles dont 23% jusqu'à l'orgasme.

Les auteurs ont interrogé les participants sur leurs sentiments associés à ces expériences : 62% des garçons et 59% des filles situaient leurs comportements sexuels solitaires entre 6 et 10 ans et rapportaient des sentiments positifs tels que de l'excitation, des sensations corporelles plaisantes, l'impression de faire quelque chose de naturel.

Pour la tranche d'âge de 11-12 ans, 87% des garçons et 75% des filles rapportaient des expériences sexuelles solitaires associés à des ressentis positifs, plus souvent chez les garçons que chez les filles. Au total, 51% associaient leurs expériences solitaires à des sentiments positifs, 47% avaient un avis neutre, et 2% se sentaient mal (32).

82,5% d'entre eux rapportaient des expériences sexuelles partagées (32), avec le plus fréquemment, des bisous, des câlins, des discussions à propos du sexe, regarder des images ou des films pornographiques ensemble, embêter les autres en utilisant du vocabulaire sexuel.

Avant 6 ans, la fréquence rapportée de ce type de comportement est toujours inférieure à 10%. Une augmentation est ensuite constatée, notamment entre 11 et 12 ans. Cette hausse concerne les discussions sur le sexe, embêter les autres en utilisant un vocabulaire connoté et regarder des films ou des images pornographiques.

De 6 à 10 ans, les comportements les plus fréquents sont de montrer ses parties génitales, de toucher les parties génitales d'un autre enfant et réciproquement.

14% des garçons rapportent s'être masturbés avec un autre enfant et 6% en groupe contre 7% et 0% réciproquement chez les filles.

Pour la grande majorité (83,3%), ces expériences étaient partagées avec un copain, un cousin (10,4%) ou un membre de la fratrie (5%).

Au total, 64% des étudiants rapportaient une expérience sexuelle partagée entre 6 et 10 ans et 74% entre 11 et 12 ans.

La plupart signalaient des sentiments associés positifs avec une différence entre les filles et les garçons : les filles se sentant plus coupables mais ayant ressenti plus d'excitation (32).

D'autres études montraient des résultats similaires : 59% à 85% des étudiants interrogés rapportaient des jeux sexuels ou des expériences sexuelles partagées avant 12 ans (22)(31)(32).

#### e. Les méthodes directes

Les méthodes directes sont rarement utilisées, probablement car les adultes ont une conception de la sexualité qui l'associe souvent seulement avec les rapports sexuels et ont tendance à éviter le sujet avec les enfants, ces derniers étant considérés comme innocents et ignorants dans ce domaine.

Une étude hollandaise de 2000 (34) a interrogé directement les enfants et s'est intéressée aux connaissances sur la sexualité de 63 enfants entre 2 et 6 ans. La majorité des enfants posent des questions à leurs parents vers 2-3 ans à propos de la différence des sexes (86%), de la grossesse (76%) et de la naissance (70%).

Peu d'entre eux ont interrogé leurs parents sur les relations sexuelles ou la sexualité adulte, ceux qui l'ont fait avaient plus de 4 ans (34).

Dès 2-3 ans, les enfants ont compris qu'il existe des garçons et des filles et la plupart (79%) est capable de les différencier lorsqu'on leur montre des dessins d'enfants habillés ou nus (34).

A 2 ans, la quasi-totalité des enfants interrogés peuvent dire s'ils sont des garçons ou des filles, 90% peuvent dire qu'ils appartiendront au même genre à l'âge adulte. Les enfants sont globalement capables de nommer les parties sexuelles du corps (pénis, vagin, seins) avec leurs propres mots mais la plupart du temps, ils ne leur attribuent pas de fonction sexuelle : les seins servent à nourrir le bébé, le pénis et le vagin à uriner (34).

44% des enfants disent que les enfants viennent du ventre, certains évoquent les « œufs » et les « graines » mais aucun ne donne la réponse exacte concernant la reproduction. 65% des enfants savent qu'il faut un homme et une femme pour faire un enfant mais 48% n'ont aucune explication. 84% des enfants de moins de 4 ans ne savent pas comment le bébé arrive dans le ventre de la mère. 10% des plus âgés évoquent la fécondation et 6% la relation sexuelle proprement dite.

Ils ne savent pas non plus par où naissent les bébés et proposent le ventre, la bouche, l'anus, les oreilles, la gorge, etc, en privilégiant l'ouverture du ventre.

Le tiers des enfants, surtout les plus jeunes, n'identifie pas un dessin d'un couple ayant une relation sexuelle mais pense que le couple danse, dort, parle. 11% évoque la relation sexuelle sans parler de la pénétration (34).

Les enfants de moins de 6 ans ont donc des connaissances concernant les différences entre les garçons et les filles, l'identité de genre, les parties sexuelles du corps et leurs fonctions non génitales.

Les connaissances concernant la grossesse, la naissance, la reproduction et les relations sexuelles sont très limitées chez les enfants les plus jeunes et augmentent en grandissant.

**Pour résumer, les expériences sexuelles dans l'enfance sont très communes et semblent concerner la majorité des enfants avant 13 ans rompant avec l'image d'un enfant sans sexualité. Très jeunes, les enfants explorent leurs corps et expriment de la curiosité concernant leurs parties génitales et celles des autres, la façon dont on fait les enfants et comment ils naissent notamment.**

**L'apprentissage de son propre corps, de celui des autres et de la sexualité s'inscrit dans le développement normal de l'enfant.**

**La majorité des auteurs ont d'ailleurs choisi d'étudier ces comportements avec une approche développementale en séparant en différentes tranches d'âge les groupes observés (globalement de 2 à 5 ans, de 6 à 9 ans et de 10 à 12 ans) : certains comportements sont alors considérés comme normaux à 3 ans mais ne le sont plus à 11 ans (par exemple : se mettre nu en public). Les CSP sont donc des comportements qui s'écartent du développement psycho-sexuel attendu de l'enfant. La grande hétérogénéité des CSP et l'absence de définition officielle impliquent une grande prudence et une grande attention avant de caractériser un comportement sexuel observé comme problématique. Malgré cette hétérogénéité, certaines caractéristiques sont retrouvées plus fréquemment chez les enfants présentant des CSP, notamment ceux qui sont interpersonnels et répétés.**

## **II. Caractéristiques des enfants avec des CSP**

### **1. Prévalence des CSP**

Il n'existe pas de données concernant la prévalence ou l'incidence des comportements sexuels problématiques. Les auteurs des études occidentales ont cependant constaté une augmentation des recours aux systèmes éducatifs, sociaux et médicaux pour ce motif (24).

Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'absence de définition déterminée d'un CSP, par l'augmentation de la vigilance et de l'inquiétude des adultes devant la manifestation d'un comportement sexuel par un enfant ou par un ensemble de différents facteurs (24).

Cependant, certaines études portant sur les comportements sexuels agressifs et leurs auteurs ont donné des estimations concernant l'implication des enfants de moins de 12 ans.

C'est le cas de Pithers et Gray, en 1998, aux États-Unis qui estiment que 13 à 18% des gestes sexuels agressifs à l'encontre d'autres enfants auraient été réalisés par des enfants âgés de 6 à 12 ans (42).

En 2000, au Québec, une étude réalisée par la protection de l'enfance estimait que 11% des jeunes ayant manifesté des gestes sexuels agressifs avaient entre 8 et 11 ans (43) et en 2013, le gouvernement canadien faisait état que 2% des personnes présumées avoir commis une agression sexuelle au Québec avait moins de 12 ans (17).

En France, aucune étude épidémiologique n'a été réalisée récemment concernant les comportements sexuels problématiques. Les seules données chiffrées obtenues s'intéressent à des populations spécifiques outre-Atlantique sans étude équivalente dans notre pays. Aussi, il est difficile de se rendre compte de l'ampleur des CSP en France et de l'évolution de leur prévalence.

## 2. Sexe

Plusieurs études réalisées entre 2000 et 2012 ont suggéré que les garçons seraient plus enclins à présenter des comportements sexuels problématiques, résultats confirmés par une revue systématique de la littérature faite en 2016 (17)(44)(45)(46)(47)(48).

Cependant, ces résultats sont à prendre avec prudence car ils concernent majoritairement des échantillons cliniques. La surreprésentation masculine pourrait également s'expliquer par le fait que les services de santé et de protection de l'enfance seraient plus souvent sollicités lorsque des garçons présentent des CSP (44)(45)(46)(47)(48).

Certains travaux montrent des résultats différents.

En 2002, une étude concernant les CSP chez 47 enfants de 3 à 7 ans signale que 65% de leur échantillon est féminin (49).

D'autres études, datant de la même décennie, n'ont pas montré de différence significative entre les garçons et les filles (16)(41)(50)(51)(52).

En 2008, une méta-analyse suggère que les filles manifesteraient plus de CSP dans les âges préscolaires puis les garçons prendraient l'ascendant (53)(54).

**Au vu des travaux réalisés, aucune conclusion ne peut être faite avec certitude concernant le sex-ratio des CSP. En effet, ces études présentent de nombreuses limites : petits échantillons, populations cliniques, définitions non précisées ou différentes des CSP, tranches d'âge choisies différentes. Ainsi, ces travaux ne sont pas comparables pour permettre de déterminer la distribution garçon/fille. Il semble également que d'autres variables entrent en jeu et que la distribution en fonction du sexe évolue avec l'âge.**

### 3. Age

Les enfants plus jeunes présenteraient plus de comportements sexuels problématiques comparés aux enfants plus âgés (17)(43)(44)(45)(50)(55).

Plusieurs explications sont avancées : l'absence de définition claire, l'immaturation de l'enfant (50) ou la sous-estimation des CSP chez les plus grands enfants qui auraient tendance à agir hors de la vue des adultes (33).

Les résultats sont cependant contradictoires car d'autres études n'ont pas montré de différence significative entre les enfants plus jeunes et plus âgés (17).

**Comme pour le sexe, malgré une tendance en faveur d'une distribution diminuant avec l'âge, des études supplémentaires sur de grands échantillons en**

**population générale seraient nécessaires pour établir s'il existe une réelle différence de fréquence des CSP en fonction de l'âge des enfants.**

#### 4. Comorbidités pédopsychiatriques et caractéristiques psychologiques

Contrairement aux données précédentes qui nécessitent des travaux supplémentaires, de nombreuses recherches ont mis clairement en évidence que les enfants manifestant des CSP sont plus susceptibles de souffrir de comorbidités psychiatriques (17)(39)(44)(50)(56)(57).

La majorité des études montre que les enfants ayant des comportements sexuels problématiques présentent plus de troubles du comportement que les enfants sans CSP (17)(39)(49)(50)(58).

Certains travaux vont plus loin et suggèrent que des hauts niveaux de comportements sexuels seraient associés positivement à la présence de troubles externalisés chez les enfants de 2 à 12 ans (39).

Ainsi, pour certains enfants, les CSP ne seraient que l'une des expressions de ces troubles (59).

Ces enfants sont également souvent atteints de troubles internalisés anxieux ou dépressifs (17). Plusieurs travaux montrent que les enfants avec des CSP souffrent régulièrement de syndrome de stress post traumatique (17)(35)(36).

Cela s'explique aisément par la fréquence importante d'antécédents de maltraitance constatée dans cette population.

Enfin, les enfants avec des CSP auraient également des déficits de compétences sociales et comportementales. Défaut d'empathie, perception négative d'autrui, difficultés à réguler ses émotions, évitement des affects et impulsivité seraient plus fréquemment retrouvés. Ils présenteraient également plus de difficultés à respecter les distances interpersonnelles (50)(56)(58)(60).

**Ainsi, les enfants manifestant des CSP seraient particulièrement vulnérables sur le plan de la santé mentale et souffriraient souvent de comorbidités pédopsychiatriques.**

## 5. Rôle de l'environnement

### a. Antécédents de maltraitance sexuelle

Depuis plusieurs décennies, un lien fort a été montré entre la manifestation de comportements sexuels problématiques et des antécédents de maltraitance sexuelle (17)(27)(44)(49)(50)(52)(58)(61)(62).

Les enfants ayant subi des abus sexuels présentent des comportements sexuels plus fréquemment qu'ils soient considérés comme normaux ou problématiques (17)(38)(39)(63)(64).

Réciproquement, les études retrouvent des pourcentages significatifs d'enfants ayant subi des maltraitements sexuelles chez les enfants ayant des comportements sexuels problématiques (17)(44)(55).

Parmi ces enfants, de nombreux facteurs rentrent en compte dans l'expression de CSP ou non. Nous allons passer en revue ceux ayant fait l'objet d'études.

### L'âge

Deux études ont étudié la survenue des CSP en fonction de l'âge de l'enfant au moment des maltraitances subies.

La première conclut qu'une histoire d'agression sexuelle entre 0 et 3 ans serait un fort prédicteur de l'apparition de CSP (65).

La deuxième montre que les enfants âgés de 3 à 5 ans qui auraient été abusés sexuellement seraient plus susceptibles de manifester des CSP comparés aux enfants abusés plus âgés (64).

Un âge inférieur à 5 ans au moment de l'agression sexuelle serait donc un facteur de vulnérabilité à la manifestation de CSP.

### Le sexe

Actuellement, il n'y a pas de donnée suffisante pour dire si les garçons ou les filles seraient plus à risque de développer des CSP après avoir été maltraités sexuellement. En effet, les études portent le plus souvent sur des groupes exclusivement masculins ou féminins ne permettant pas d'établir des comparaisons.

### La nature de l'agression

Chez les enfants ayant subi de la violence sexuelle, les caractéristiques de l'agression semblent avoir une influence sur la survenue des CSP(38)(39)(66)(67)(68) et sur leur

persistance (63) : plusieurs recherches mettent en évidence plus de CSP chez les enfants ayant été pénétrés, par un membre de la famille (notamment le père ou le beau-père) ou par plusieurs personnes, ou ayant été abusés fréquemment sur une longue période de temps (17).

#### L'attribution de la responsabilité

Une étude de Hall, Mathews & al (69) a constaté des différences chez 100 enfants sexuellement agressés présentant ou non des CSP : ceux qui rendaient l'auteur responsable présentait des comportements sexuels attendus, ceux qui se rendaient eux même responsables présentaient plus de CSP solitaires et ceux qui avaient une position plus ambiguë manifestaient plus de CSP interpersonnelles (69).

#### Le rôle des parents

La réaction parentale semble également avoir son importance dans l'apparition de CSP chez un enfant ayant subi une agression sexuelle (70). Un faible soutien maternel a été associé avec une fréquence et une sévérité plus importante de CSP.

Il semblerait qu'une réaction émotionnelle intense des parents en réponse à l'abus serait positivement corrélée avec des troubles internalisés et externalisés dont les CSP chez les enfants. Les explications avancées seraient que les parents réagissant intensément auraient plus de difficulté à gérer la situation ou que les CSP d'un enfant augmenterait lorsque celui-ci verrait ses parents perturbés (70).

A contrario, faire partie d'une famille fonctionnelle, stable, soutenante et être exposé à un environnement peu sexualisé seraient des facteurs protecteurs concernant la survenue de CSP chez les enfants ayant été agressés sexuellement (70).

### Les comorbidités pédopsychiatriques

De nombreux articles ont mis en évidence la fréquence plus importante de CSP chez les enfants maltraités sexuellement en comparaison d'enfants sans antécédent d'agression sexuelle qu'ils aient ou non des troubles psychiatriques associés (39)(66).

Des relations étroites semblent exister entre maltraitance sexuelle, CSP et Syndrome de Stress Post Traumatique (PTSD). Effectivement, d'une part, les enfants ayant des CSP et des antécédents de maltraitance sexuelle seraient plus susceptibles de souffrir de symptômes de stress post traumatique comparés aux autres enfants (38)(50)(56)(66)(71).

D'autre part, parmi les enfants ayant été agressés sexuellement, les enfants avec des CSP présenteraient plus de symptômes de stress post traumatique que les enfants sans CSP (72).

Bien que le lien entre CSP et maltraitance sexuelle ait été clairement établi, il n'est ni suffisant ni nécessaire : tous les enfants ayant subi des abus sexuels ne présentent pas de comportements sexuels problématiques (66) et, inversement, les enfants présentant des comportements sexuels problématiques n'ont pas tous été victime de maltraitance sexuelle (49)(50)(51)(55)(73).

b. Autres types de maltraitance

Outre les antécédents de maltraitance sexuelle, les enfants présentant des CSP seraient susceptibles d'avoir été maltraités physiquement (17)(44)(49)(50)(51)(56)(62).

Merrick et al (51) ont mis en avant que la maltraitance physique augmenterait le risque d'apparition des CSP pour les enfants de moins de 8 ans et plus précisément des comportements sexuels intrusifs et un exhibitionnisme chez les garçons ainsi que des problèmes de distance interpersonnelle chez les filles.

En ce qui concerne la maltraitance verbale et émotionnelle ainsi que les négligences, les résultats sont plus nuancés (56). Ils dépendraient de l'âge de l'enfant au moment de l'abus : la maltraitance émotionnelle tardive serait un facteur prédicteur de CSP contrairement à la maltraitance émotionnelle précoce (51).

L'exposition à la violence domestique est également fréquemment retrouvée chez les enfants avec des CSP (17)(49)(50)(58).

**Finalement, les enfants avec des CSP seraient soumis à au moins une forme de maltraitance et expérimenteraient plus souvent plusieurs types de mauvais traitements.**

### c. Environnement familial

Les antécédents d'adversité sont fréquemment retrouvés dans les familles des enfants avec des CSP (17). En effet, les enfants présentant des CSP seraient issus de familles avec un faible niveau socio-économique (17)(38)(39)(50) et vivraient plus régulièrement dans des familles monoparentales ou avec des parents divorcés (17)(38)(39). Des problèmes de consommation de toxique, de criminalité et de santé mentale seraient fréquemment retrouvés chez les parents (17).

Ils seraient également plus susceptibles d'avoir vécu des éléments de vie stressants comme la perte d'un membre de la famille proche, une rupture de lien avec leur père, un placement, etc (17)(38)(39)(44)(49)(50).

Parallèlement, les parents de ces enfants présenteraient de plus hauts niveaux de stress (17)(58)(74).

**Ainsi, différents éléments d'adversité sont retrouvés dans les familles des enfants avec des CSP. Ces mêmes caractéristiques familiales sont identifiées dans les familles des enfants victimes de maltraitance sexuelle et dans les familles des enfants manifestant des troubles externalisés indépendamment des CSP (39). Nous pouvons dès lors envisager des facteurs de risque partagés.**

### d. Placements

Les enfants avec des CSP seraient plus susceptibles d'être soustraits de leur domicile familial et placés.

Or, plusieurs recherches ont montré qu' un des facteurs les plus fortement associés aux changements de lieu de placement est la présence de troubles externalisés dont des CSP (75)(76). Cela serait d'autant plus vrai si d'autres enfants sont accueillis dans la famille d'accueil ou si cette dernière n'a pas bénéficié de formation spécifique (35). Les multiples changements de lieux de placements ont par ailleurs été identifiés comme des facteurs de risque du maintien des troubles internalisés et externalisés (75).

e. Exposition à la sexualité

Les enfants présentant des CSP seraient exposés de façon inappropriée à des gestes, comportements sexuels ou à la nudité soit directement, soit par le biais de supports pornographiques (17)(39)(44)(50)(78).

Les expositions directes renvoient à l'accès direct de certains enfants à la nudité et à la sexualité des adultes (être témoin des relations sexuelles de ses parents par exemple), souvent dans le milieu familial (79).

Actuellement, les enfants ont, de plus en plus jeunes, accès à internet qui est un des vecteurs principaux de la diffusion de pornographie. L'âge moyen de la découverte d'une première image pornographique est 9 ans. 11% des enfants auraient vu des images pornographiques avant 11 ans. Le phénomène toucherait plus fréquemment les garçons. Dans 70 à 75% des cas, la pornographie est regardée via les téléphones portables, le plus souvent dans la cour de l'école, avec des copains ou seul dans sa

chambre. Sur les téléphones portables, les filtres parentaux sont quasi inexistantes et très difficiles à installer (80)(81).

Par ailleurs, les diverses fenêtres pop-up, qui surgissent régulièrement sur internet, montrent des images sexuelles explicites sans aucun avertissement ni aucune protection pour les mineurs.

Ces images font effraction, intrusion créant un « *abus psychique* », selon le psychiatre Didier Lauru, (8) chez des enfants qui n'ont pas encore le niveau développemental pour appréhender ces images. Un visionnage précoce de contenus sexuels, volontaire ou non peut donc constituer un véritable traumatisme pour certains enfants.

Les enfants sont également exposés à une érotisation omniprésente, une sursollicitation sexuelle dans les publicités, les médias, etc.

Les parents peuvent être démunis face aux questions de leurs enfants et ne pas avoir les outils afin de protéger leurs enfants de ces images (8).

**L'exposition à la sexualité, directe mais également de façon indirecte, notamment via l'accès très facile à la pornographie sur internet pourrait donc prendre une valeur traumatique chez des enfants au niveau développemental encore trop immature pour être confrontés à ce type d'images.**

#### i. Milieu scolaire et relation avec les pairs

Les enfants avec des CSP ne présenteraient pas plus de troubles des apprentissages ni de plus faibles niveaux d'intelligence que les enfants ne manifestant pas de CSP (17)(44)(79).

Il rapporteraient des difficultés relationnelles avec leurs pairs et présenteraient des déficits des compétences sociales (17)(56). Ils expriment également des difficultés à s'ajuster dans les relations interpersonnelles et un sentiment de rejet de la part de leurs pairs (44)(49). Les études ne précisent pas si le sentiment de rejet est antérieur aux manifestations des CSP ou s'il fait suite à des CSP auprès des pairs.

## 6. Évolution

La persistance des CSP a été étudiée en fonction de la mise en place d'un traitement ou non. Au total, 43 à 75% des CSP persisteraient après un an sans prise en charge (45)(63)(82).

En 2014, une étude a proposé plusieurs facteurs prédictifs du risque de persistance des CSP : l'utilisation de la force ou de la menace pendant les CSP, manifester des comportements sexuels variés, avoir des pensées et des fantasmes sexuels inappropriés pour son âge, avoir été victime d'abus sexuel, avoir été victime de maltraitance ou d'agression, avoir résidé dans une famille avec des frontières floues concernant la sexualité (83).

Quand une prise en charge est proposée, une diminution notable des CSP est mise en évidence (43)(84)(85).

Ces études ont identifié des facteurs liés à la persistance de ces troubles : un âge jeune, une exposition à la sexualité, des antécédents de maltraitance sexuelle et la présence de troubles externalisés (24)(43)(84)(85).

Une étude datant de 2017 a examiné les trajectoires développementales des enfants présentant des CSP et des adolescents ayant commis des agressions sexuelles (86).

Les auteurs rapportent que les travaux portant sur les adolescents agresseurs sexuels ont mis en évidence un âge moyen de la première agression à 14 ans (86).

La majorité des auteurs supposent que la majorité des enfants présentant des CSP ne seront pas des agresseurs sexuels à l'adolescence ni à l'âge adulte. Seule une minorité d'enfants présentant des CSP risquerait d'agresser sexuellement plus tard. Ce risque est évalué entre 5 et 26% selon des études réalisées en interrogeant des adolescents ayant commis des agressions sexuelles (86).

Les adolescents les plus à risque seraient issus de familles plus désorganisées, auraient plus d'antécédents de négligence ou de maltraitance et présenteraient plus de troubles externalisés.

A contrario, les auteurs expliquent que 34% des enfants présentant des CSP interpersonnels n'en présenteraient plus à l'adolescence (86).

Enfin, parmi les adolescents auteurs de violence sexuelle, la majorité ne deviendra pas des adultes auteurs de violence sexuelle (86).

Les auteurs concluent en rappelant qu'au vu des données disponibles, il est impossible de prévoir quelles seront les enfants avec des CSP à risque de devenir des auteurs de violence sexuelle une fois adultes (86).

**Les enfants manifestant des CSP sont un groupe très hétérogène. Parmi eux, les plus vulnérables semblent partagés des caractéristiques communes notamment des antécédents de maltraitance physique et/ou sexuelle et des comorbidités pédopsychiatriques. Les études orientent vers une absence de continuité stricte entre des CSP chez l'enfant et des agressions sexuelles**

**commises une fois adulte, remettant en cause les représentations communes visant à faire de l'enfant avec des CSP un futur agresseur sexuel. Lorsque des prises en charge thérapeutiques sont proposées et bien conduites, le pourcentage de risque diminue montrant l'intérêt d'une prise en charge psychothérapeutique (cf. Les thérapies ayant fait l'objet d'études).**

### III. Prise en charge

Il nous semble primordial que le médecin pédopsychiatre et son équipe soient très au clair avec les différentes mesures, souvent mises en place pour ces enfants particulièrement vulnérables, mais également avec la législation en vigueur concernant les mineurs de moins de 13 ans.

Ils permettront de clarifier l'intervention des soins et de saisir l'implication, le rôle et les objectifs de chacun des intervenants qui seront également des partenaires à ne pas négliger dans la prise en charge sanitaire éventuelle.

#### 1. Le signalement

Les CSP, d'autant plus, quand ils sont interpersonnels et se manifestent sur la scène sociale (école, colonies, centre aéré, etc) interpellent, inquiètent voire choquent les adultes qui en sont témoins et viennent bousculer leurs certitudes.

Les cliniciens ne sont pas épargnés.

Nous voyons, d'ailleurs, de plus en plus, des parents recourir aux urgences pédopsychiatriques suite à la révélation de CSP commis par leur enfant sur un autre.

Parfois, c'est lors d'un échange privilégié avec un tiers, pendant lequel l'enfant se sent à l'aise, qu'il va révéler avoir été impliqué dans des CSP soit comme acteur, soit comme victime. Il faudra alors éviter les réactions « à chaud » et comprendre sans enquêter, écouter sans presser tout en s'attachant à recueillir les informations nécessaires à l'évaluation de l'enfant (87).

Dans certaines familles, quand les CSP ont lieu dans le cercle familial (entre cousins, entre enfants d'une même fratrie, ...), ils seront « *gérés en interne* » et ne viendront pas à la connaissance des différentes instances concernées sauf si le système fait défaut et que les CSP se répètent à l'extérieur, si un des enfants en parle à une personne extérieure à la famille ou si les enfants concernés présentent d'autres troubles suscitant l'inquiétude des adultes.

Le signalement au Procureur de la République, qui s'impose quand des signaux d'alarme sont présents, doit toujours être fait en informant et en accompagnant les parents de l'enfant concerné, dans la mesure du possible. Quoi qu'il arrive « *la protection est un préalable au soin* » (88).

Un signalement vient pointer aux parents leur incapacité/leur défaillance à protéger/éduquer leur enfant et les désigne comme « *mauvais parents* ». Cette situation est au minimum un bouleversement brutal, au maximum un véritable traumatisme pour le couple parental, les enfants et les relations parents-enfant.

Hormis des maltraitances intra familiales et un danger immédiat pour l'enfant dans sa famille, pour lesquelles une décision d'OPP sera, bien souvent, indispensable et dont la brutalité de la rupture constitue un traumatisme inévitable, les professionnels devront toujours s'attacher à donner du sens à cet écrit auprès de la famille concernée.

Les obligations de signaler un enfant en danger concernent tous les citoyens et tout particulièrement certains corps de métier notamment les médecins (88)(89).

## Textes de loi

Ces obligations sont inscrites dans le code de déontologie médicale et dans le Code de Santé Publique :

- L'article r.4127-43 du Code de Santé Publique dit que « *le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage* » (90).
  
- L'article r.4127-44 du Code de Santé Publique dit que « *lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience* » (91).

L'article 226-14 du Code Pénal précise que le secret professionnel « *n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou*

*privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire » (92).*

De plus, il est stipulé dans la loi que « *Toute personne qui s'abstient d'agir alors qu'elle a connaissance d'une situation d'un enfant en danger est puni d'une peine pouvant aller jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende » (93).*

La non-assistance à personne en danger s'applique également au non signalement et est puni d'une peine pouvant aller jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende (93).

L'Article 375 du Code Civil précise que « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil départemental, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel » (94).*

Afin d'aider les professionnels de santé à repérer et à agir en cas de suspicion de maltraitance, la Haute Autorité de Santé a d'ailleurs publié des recommandations sous la forme d'une fiche mémo mise à jour en juillet 2017 (95).

Face à une situation inquiétante, le médecin doit alerter les administrations concernées par la protection de l'enfance. Il doit le faire de différentes manières en fonction de la situation.

#### Le signalement au Procureur de la République

Lorsque les faits dont le médecin a été témoin ou ceux qui lui ont été rapportés sont d'une particulière gravité notamment dans les cas de maltraitance, le médecin va solliciter le Procureur de la République en envoyant un signalement par écrit (fax, mail, courrier) (96).

Une copie est systématiquement adressée à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) (97).

Le Procureur qui reçoit le signalement peut décider de saisir le Juge des enfants directement ou après enquête sociale et/ou judiciaire, ou alors, il peut renvoyer au président du conseil départemental s'il juge les éléments insuffisants sur le plan judiciaire (98).

#### Le cas de l'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) (99)

Dans le cas extrême où l'enfant encourt un danger imminent en étant confié à nouveau aux adultes en charge de l'enfant ou si ces derniers s'opposent à des soins indispensables pouvant mettre en danger la vie de l'enfant, il est possible de demander au Procureur de la République une Ordonnance de Placement Provisoire en urgence

permettant de protéger l'enfant en lui offrant un lieu d'accueil désigné par le juge (établissement de soins ou établissement social type foyer). La demande se fait de la même façon que le signalement.

Le Procureur a ensuite 8 jours pour saisir le Juge des Enfants afin de statuer sur la décision prise (99).

### L'information Préoccupante (IP) à la CRIP

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance (100)(101), a prévu la mise en place, dans chaque département, d'une Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) concernant les enfants en danger ou en risque de l'être. Cette cellule est sous la responsabilité du Président du Conseil départemental (102). Elle a pour missions de recueillir et de centraliser les IP transmises dans l'ensemble du département, d'analyser leur contenu en équipe pluridisciplinaire et de demander ou non une évaluation aux instances administratives et sociales en charge de la protection de l'enfance (102)(103).

Dans la région des Hauts de France, le Nord est le seul département dans lequel il n'y a pas de CRIP mise en place à ce jour, les informations préoccupantes sont donc adressées aux UTPAS (Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale). Il existe une CRIP dans le Pas de Calais, l'Aisne, l'Oise et la Somme.

Selon l'article R 226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des familles : « *L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 pour alerter le président du conseil*

*départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.*

*La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier » (104).*

Lorsqu'un enfant avec des CSP est adressé en pédopsychiatrie, une des étapes de l'évaluation va donc être la recherche d'une situation de maltraitance ou de risque pour l'enfant. La présence d'éléments d'inquiétude va nécessiter un écrit pour alerter les autorités compétentes et permettre la mise en place des mesures éventuellement nécessaires pour protéger l'enfant concerné.

## 2. L'évaluation sociale et les mesures administratives

Suite à la réception de l'Information Préoccupante ou à la demande du Procureur de la République qui a reçu un signalement, une évaluation peut être réalisée par les travailleurs sociaux de la CRIP (96)(102).

L'équipe en charge de l'évaluation sociale aura, éventuellement, à orienter sur les mesures administratives ou judiciaires à mettre en place dans le cadre de la protection de l'enfance (102).

A l'issue de l'évaluation, la cellule départementale peut (102) :

- Rendre un rapport au Procureur de la République qui a demandé l'évaluation afin de l'aider dans les décisions judiciaires éventuelles
- Décider de ne pas donner suite (classement),
- Solliciter l'Aide Sociale à l'Enfance pour mettre en place des mesures et des aides administratives
- Saisir le Procureur de la République

L'Aide Sociale à l'Enfance est un service non personnalisé du département dont les missions sont définies par l'article L221-1 du Code de l'Action Sociale et des familles (105). Cet article précise que l'ASE a notamment des missions de soutien auprès des mineurs et leur famille, de protection, de prévention.

Lorsqu'elle est sollicitée dans un cadre administratif, l'ASE peut proposer différents types d'aide à la famille et au mineur concerné. L'accord de la famille est un préalable indispensable à toute intervention administrative (106)(107). Si les parents refusent et que les inquiétudes pour l'enfant persistent, l'ASE peut saisir le Procureur de la République (107).

L'ASE peut proposer différents types de soutien dont la forme peut varier en fonction des départements (108) :

- Des aides financières sous forme de versements exceptionnels ou d'allocations mensuelles

- Un AESF (accompagnement en économie sociale et familiale) assuré par un professionnel formé à l'économie sociale et familiale pour aider la famille à gérer son budget
- L'intervention d'un TISF (Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale) ou d'une aide-ménagère au domicile
- Des mesures éducatives : l'AED (Aide Éducative à Domicile) qui apporte un soutien matériel et éducatif aux familles confrontés à d'importantes difficultés.

**Les enfants avec des CSP sont fréquemment pris en charge par l'ASE suite à un écrit. Les professionnels de santé auront donc à travailler en partenariat avec les équipes éducatives et sociales. Dans ces situations, il est nécessaire de créer des liens avec tous les partenaires concernés, éducatifs, sociaux mais également judiciaires.**

### 3. Les mesures judiciaires

En France, les missions judiciaires de la protection de l'enfance et de l'enfance délinquance sont toutes gérées par le juge des enfants afin de privilégier l'action éducative.

Les lois du 5 mars 2007 (100)(101) et du 14 mars 2016 (109)(110) font référence dans le domaine de la protection de l'enfance.

Le texte qui fait date est l'ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante (111). Cette ordonnance a introduit le juge des enfants et a replacé l'enfant délinquant comme étant avant tout un enfant en danger. En matière de justice des mineurs, l'éducation prime sur la sanction.

Le juge des enfants, lorsqu'il est saisi par le procureur de la république, peut assurer différentes missions auprès d'un même enfant.

Dans les cas des enfants manifestant des CSP, le juge saisi doit protéger cet enfant des potentiels dangers mais également assurer le rappel à la loi lorsqu'elle celle-ci est enfreinte.

Afin de mener à bien ces missions, le juge des Enfants peut demander une Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative (MJIE) (112). Cette mesure va permettre d'évaluer et de recueillir les éléments nécessaires sur la situation d'un jeune de manière exhaustive. Cette mesure est mise en œuvre par les services de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) qui assistent le juge dans la mise en application des mesures prises sur le plan judiciaire (112).

a. Protéger

Ainsi, quand les éléments recueillis sont d'une particulière gravité ou que les mesures administratives proposées sont insuffisantes ou refusées par les parents, l'intervention du juge des enfants peut être requise (110).

Celui-ci va pouvoir mettre en place différentes mesures en fonction des éléments qu'il aura recueilli.

Une mesure similaire à celle de l'AED, l'AEMO (Aide Éducative en Milieu Ouvert) peut être ordonnée par le juge lorsqu'il estime qu'un placement ou un éloignement n'est pas nécessaire. L'AEMO est une intervention au domicile d'un travailleur social, le plus souvent un éducateur, de façon régulière afin d'aider les parents à surmonter leurs difficultés à protéger leur enfant (113).

Dans les cas les plus graves, un éloignement de la famille pourra être décidé par le juge des enfants et l'enfant sera placé chez un autre membre de la famille, une famille ou une structure d'accueil ou à un établissement sanitaire ou éducatif (114).

La décision de placer un enfant en famille d'accueil ou en foyer est toujours murement réfléchie et les conséquences positives et négatives examinées.

Ces mesures sont définies dans le temps et seront régulièrement réévaluées en vue d'un éventuel renouvellement par le juge des enfants.

Une intervention judiciaire est donc le témoin d'une particulière gravité et/ou d'un refus de coopérer des parents. Ces informations concernant l'implication judiciaire sont capitales pour la prise en charge pédopsychiatrique proposée et notamment pour l'organisation du travail thérapeutique engagé auprès des parents et de la structure familiale.

b. Rappeler la loi

Quel que soit son âge, un enfant qui présente des CSP interpersonnelles agressives à l'égard d'un ou plusieurs enfants peut être confronté à la justice.

Une plainte peut être déposée à son encontre et/ou un magistrat peut demander une enquête judiciaire après avoir été informé des faits.

Lorsqu'il s'agit de l'enfance dite délinquante, deux notions marquent la différence par rapport aux adultes :

D'une part, en France, l'âge de la responsabilité pénale n'est pas fixé. La notion de discernement prime : *« Les mineurs capables de discernement sont pénalement responsables des crimes, délits ou contraventions dont ils ont été reconnus coupables, dans des conditions fixées par une loi particulière qui détermine les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation dont ils peuvent faire l'objet. Cette loi détermine également les sanctions éducatives qui peuvent être prononcées à l'encontre des mineurs de dix à dix-huit ans ainsi que les peines auxquelles peuvent être condamnés les mineurs de treize à dix-huit ans, en tenant compte de l'atténuation de responsabilité dont ils bénéficient en raison de leur âge »* (115).

D'autre part, la minorité est reconnue comme une cause d'atténuation de la responsabilité des peines (111).

Ainsi, quand le discernement du mineur est reconnu, les mesures prises seront fonction de son âge et différentes de celles des adultes : l'atténuation permet de déterminer la nature des mesures et la gravité des peines.

Par définition, les enfants présentant des CSP sont âgés de 12 et moins. En fonction de leur âge, ils pourront donc être soumis à des mesures différentes.

Un enfant âgé de moins de 10 ans peut uniquement faire l'objet de mesures éducatives (111).

Les mesures éducatives, prononcées par le tribunal pour enfants, peuvent être de différentes natures qui sont explicitées dans l'article 15 de l'ordonnance de 1945 (111):

- « Remise à ses parents, à son tuteur, à la personne qui en avait la garde ou à une personne digne de confiance ;
- Placement dans une institution ou un établissement public ou privé, d'éducation ou de formation professionnelle, habilité ;
- Placement dans un établissement médical ou médico-pédagogique habilité ;
- Remise au service de l'assistance à l'enfance ;
- Placement dans un internat approprié aux mineurs délinquants d'âge scolaire ;
- Mesure d'activité de jour » c'est à dire la participation du mineur à des activités d'insertion professionnelle ou scolaire » (111).

Entre 10 et 13 ans, outre les mesures éducatives, les mineurs peuvent faire l'objet de sanctions éducatives suivantes (111) :

- « Confiscation d'un objet détenu ou appartenant au mineur et ayant servi à la commission de l'infraction ou qui en est le produit ;

- *Interdiction de paraître, pour une durée qui ne saurait excéder un an, dans le ou les lieux dans lesquels l'infraction a été commise et qui sont désignés par la juridiction, (...) ;*
- *- Interdiction, pour une durée qui ne saurait excéder un an, de rencontrer ou de recevoir la ou les victimes de l'infraction désignées par la juridiction ou d'entrer en relation avec elles ;*
- *Interdiction, pour une durée qui ne saurait excéder un an, de rencontrer ou de recevoir le ou les coauteurs ou complices éventuels désignés par la juridiction ou d'entrer en relation avec eux ;*
- *Mesure d'aide ou de réparation (...) à l'égard de la victime ou dans l'intérêt de la collectivité ;*
- *Obligation de suivre un stage de formation civique, (...) ;*
- *Mesure de placement pour une durée de trois mois maximum, renouvelable une fois, sans excéder un mois pour les mineurs de dix à treize ans, dans une institution ou un établissement public ou privé d'éducation habilité permettant la mise en œuvre d'un travail psychologique, éducatif et social portant sur les faits commis et situé en dehors du lieu de résidence habituel ;*
- *Exécution de travaux scolaires ;*
- *Avertissement solennel ;*
- *Placement dans un établissement scolaire doté d'un internat pour (...) une année scolaire (...) ;*
- *Interdiction pour le mineur d'aller et venir sur la voie publique entre vingt-trois heures et six heures sans être accompagné de l'un de ses parents ou du titulaire de l'autorité parentale, pour une durée de trois mois maximum, renouvelable une fois » (111).*

Le tribunal pour enfants désigne le service de la Protection Judiciaire de la Jeunesse chargé de veiller à la bonne exécution de la sanction éducative et le juge reçoit un rapport du service quant à mise en œuvre. Si celle-ci n'est pas respectée, le juge des enfants peut décider d'une mesure de placement dans un des établissements prévus par la loi (111).

Avant 13 ans, les enfants ne peuvent être placés en garde à vue ni être condamnés à des peines notamment des peines d'emprisonnement.

Exceptionnellement toutefois, lorsque le mineur est soupçonné d'une infraction punie d'au moins 5 ans de prison, un mineur âgé de 10 à 13 ans peut être « *retenu à la disposition d'un Officier de Police Judiciaire (OPJ)* » c'est-à-dire qu'il peut être interrogé par les services de l'ordre sans la présence de ses parents avec l'accord préalable du magistrat chargé de l'enquête. Cette retenue ne peut durer plus de 12 heures sans accord d'un magistrat et ne peut être renouvelée qu'une fois avec celui-ci (116).

Or, selon l'article 222-23 du Code Pénal (117), le viol défini comme « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise* » est « *puni de quinze ans de réclusion criminelle* ».

Et, selon les articles 222-22 et 222-27 du Code Pénal, « *constitue une agression sexuelle, toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* » (118) et « *Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende* » (88).

De fait, théoriquement, un enfant ayant manifesté des CSP à l'égard d'un autre enfant et étant âgé de plus de 10 ans, pourrait être retenu par un OPJ dans le cadre d'une enquête.

**Ainsi, l'enfant manifestant des CSP, particulièrement susceptible d'être exposé à des maltraitances ou des négligences, doit souvent être protégé mais, peut également être reconnu responsable de ses actes devant la justice. Ces deux positions différentes seront à travailler lors du travail thérapeutique. Aucune n'est à minimiser ou à favoriser. Le soignant ne doit ni être dans une position éducative excessive ni une position de sympathie inadaptée. L'enfant doit pouvoir être considéré dans son entièreté et donc dans ces deux positions qui sont souvent en interrelation.**

**C'est la différence et l'intérêt du regard pédopsychiatrique, qui, en s'appuyant sur une neutralité bienveillante et une écoute compréhensive va tenter d'appréhender le fonctionnement global de l'enfant. Le pédopsychiatre va prendre en compte les CSP, mais, va les intégrer dans la complexité de la vie de l'enfant afin de proposer des soins pour le soutenir au mieux dans son développement. L'enfant est au centre de la rencontre et non ses comportements.**

#### 4. Place de la pédopsychiatrie

Le pédopsychiatre est un médecin. Il a pour fonctions d'évaluer, de diagnostiquer, de proposer un traitement adapté et de coordonner la mise en place des soins.

Par ailleurs, il a aussi la possibilité d'entreprendre des psychothérapies.

a. Absence de recommandations

Actuellement, il n'existe aucune recommandation officielle concernant la prise en charge des enfants avec des comportements sexuels problématiques tant en France qu'au niveau international.

b. L'évaluation pédopsychiatrique

La première consultation voire les premières consultations en pédopsychiatrie sont dédiées à l'évaluation. Elle(s) permet(tent) de recueillir les éléments nécessaires à l'établissement d'une hypothèse diagnostique, de faire une proposition thérapeutique à l'enfant et sa famille voire de les orienter vers la structure de soins adaptée (120).

Cette première consultation est une évaluation médicale, il ne s'agit pas de faire une enquête sur les CSP ni de se substituer aux actions des intervenants sociaux, éducatifs ou judiciaires (87).

Le temps de la rencontre et de l'accueil de l'enfant et ses parents est primordial. Il peut être le premier contact avec les soins et va laisser une impression qui pourra jouer un rôle sur la suite de l'entretien et des soins.

Le pédopsychiatre doit donc prendre le temps de cet accueil, en expliquant au mieux son rôle, le cadre dans lequel il intervient et l'objectif de l'évaluation. Ce temps permet de créer un climat de confiance, et de bien se distinguer des autres intervenants

potentiels. Une attitude neutre, naturelle, bienveillante, rassurante et attentive est indispensable.

En fonction du lieu de l'évaluation, l'issue ne sera pas la même : une rencontre aux urgences permet une évaluation lors d'un rendez-vous unique et une orientation vers une structure de soins si besoin tandis qu'une rencontre dans un Centre Médico-Psychologique, par exemple, marque également le début potentiel d'une prise en charge par la même équipe.

Le plus souvent, l'enfant est reçu avec ses parents puis seul (121).

Le temps avec les parents permet de préciser la demande et son origine. En effet, ce ne sont parfois pas les parents qui sont en demande mais l'école ou les services sociaux, judiciaires et éducatifs.

Le pédopsychiatre recueille ensuite les informations concernant le motif de consultation, les éléments anamnestiques et le mode de vie. Il apprécie le développement de l'enfant mais également le fonctionnement familial et le retentissement des symptômes sur celui-ci (120)(121) .

Cet entretien familial est aussi un moment privilégié pour observer les interactions entre l'enfant et ses parents (120).

Dans le cas des enfants manifestant des CSP, il faut être particulièrement vigilant à rechercher des antécédents ou des éléments faisant craindre une éventuelle maltraitance ou une /des agression(s) sexuelle(s) intra- ou extra-familiale(s). Parfois, le pédopsychiatre sera amené à rédiger un signalement ou une information préoccupante devant des éléments d'inquiétude (87).

Le pédopsychiatre fait préciser le ou les symptômes présentés par l'enfant (121). Dans le cadre de CSP, le clinicien doit recueillir une description claire et complète des

comportements, de leurs caractéristiques, la date et le contexte d'apparition, leur fréquence et leur évolution. Il les replace ensuite dans le développement global de l'enfant et recherche des événements potentiellement perturbateurs pour l'enfant (87). Dans la mesure du possible, il faut interroger l'enfant et ses parents sur le contexte de survenue des CSP et sur l'état émotionnel de l'enfant au moment où ils surviennent. Ces questions seront toujours posées avec beaucoup de prudence et seulement lorsqu'on sent l'enfant en mesure de les évoquer. Dans le cas contraire, les faits pourront être abordés ultérieurement (87).

Il s'enquiert des interventions déjà réalisées : parentales, sanitaires, judiciaires, éducatives et sociales.

Outre les informations concernant les CSP, le pédopsychiatre recherche d'autres symptômes, d'autres signes cliniques en observant directement l'enfant et en questionnant les parents (121).

Nous souhaitons faire remarquer qu'il arrive que ce ne soient pas les parents qui accompagnent l'enfant en consultation mais les grands-parents (ou un autre membre de la famille), une assistante familiale ou un référent social ou éducatif. Dans ce cas, et après avoir pris connaissance du statut légal des parents (ont-ils toujours l'autorité parentale ? si oui, quelles sont les modalités de garde ou de rencontre ?), il faudra inviter les parents lors d'un prochain rendez-vous et les inclure autant que possible dans la prise en charge de leur enfant, sauf si cela se fait au détriment de ce dernier.

L'entretien psychiatrique avec un enfant de moins de 12 ans a des particularités par rapport à celui de l'adolescent ou de l'adulte. Les moyens de communication privilégiés

ne reposent pas uniquement sur l'échange verbal mais nécessitent des médiations comme le dessin ou le jeu (121).

Cet entretien va permettre d'observer l'expression symptomatique, de tenter d'en comprendre la signification et la charge affective et d'en faire une lecture psychopathologique (121).

A l'issue de l'évaluation, le pédopsychiatre peut demander des bilans ou des examens complémentaires afin d'étayer ses hypothèses diagnostiques (120).

Cette première consultation peut déjà avoir une valeur thérapeutique : l'écoute bienveillante des difficultés rencontrées par l'enfant et ses parents, la création d'un espace de parole libre et contenant peut déjà apporter un soulagement ou un apaisement en permettant d'établir une véritable aire de communication.

Par ailleurs, ces premiers rendez-vous vont permettre d'apprécier l'adhésion des parents aux soins et à une possible proposition psychothérapeutique, leurs capacités de mobilisation et la souplesse du système familial (121).

**L'évaluation pédopsychiatrique d'un enfant manifestant des CSP ne diffère donc pas d'un entretien d'évaluation classique. Bien sûr, le motif de consultation, en l'occurrence les CSP, fait l'objet d'un recueil d'informations rigoureux comme il l'est dans le cas de tout symptôme. Cette évaluation permet notamment de s'assurer que le comportement peut être considéré comme problématique, de tenter d'en comprendre le sens sur le plan personnel et familial, de les resituer dans leur contexte et de rechercher particulièrement des maltraitances éventuelles. Les autres symptômes et difficultés de l'enfant sont également recherchés afin de pouvoir formuler, au terme de ce temps d'évaluation, une**

**hypothèse diagnostique et psychopathologique et soumettre, à l'enfant et ses parents, une proposition thérapeutique (121).**

c. Le diagnostic

*i. Hypothèses diagnostiques devant des CSP*

Malgré des caractéristiques régulièrement retrouvés chez les enfants avec des CSP comme les antécédents de maltraitance, certaines vulnérabilités familiales, une exposition à la sexualité souvent précoce et faisant effraction dans le développement psychoaffectif de l'enfant, seule l'évaluation pédopsychiatrique permet de faire émerger des hypothèses diagnostiques.

Chaque enfant est singulier et, même si nous nous intéressons tout particulièrement dans cette thèse aux enfants ayant des CSP le plus souvent interpersonnels, répétés, intrusifs voire agressifs, le pédopsychiatre va, dans sa pratique courante, rencontrer une large variété de CSP. Il peut s'agir d'un enfant ayant présenté un CSP ponctuel, ne se reproduisant pas après l'intervention adaptée des parents venant signifier une limite, ou encore, de CSP répétés interpersonnels s'intégrant dans un spectre de troubles externalisés plus large, ou bien de CSP répétés solitaires dans des contextes particulièrement anxieux, etc. Les exemples sont innombrables et illustrent la diversité possible des CSP et, plus encore, celle des enfants qui se cachent derrière ce terme « comportemental ». Le Professeur J-Y. Hayez (122) a d'ailleurs tenté d'en proposer une catégorisation se basant notamment sur la motivation de l'enfant derrière le CSP manifesté (angoisse avec traumatisme sous-jacent, angoisse névrotique, besoin d'amour, « *hypersexualisation* », agressivité sexuelle). Ces catégories, même si elles

courent le risque d'être trop réductrices, permettent cependant de se rendre compte de la variété des CSP et de la psychopathologie sous-jacente. Derrière deux CSP d'apparence quasi identiques, il peut y avoir deux enfants très différents, ne répondant notamment pas aux mêmes diagnostics pédopsychiatriques d'où le temps indispensable de l'évaluation de l'enfant en tant que personne à part entière et non de son comportement isolé.

Le temps de l'évaluation va permettre de formuler des hypothèses diagnostiques, préalable indispensable à la proposition de soins ultérieurs. La question du diagnostic est particulièrement importante chez les enfants ayant manifesté des CSP car, nous l'avons vu, ils sont plus susceptibles que la population générale de présenter des troubles externalisés comme internalisés.

## *ii. Pas de diagnostic de paraphilie chez l'enfant*

Avant d'aller plus avant dans la question du diagnostic, nous souhaitons rappeler que le diagnostic de paraphilie n'a aucune pertinence chez l'enfant.

Les troubles paraphiliques sont des troubles de la préférence sexuelle. Selon le DSM 5, classification américaine de référence internationale, « le terme paraphilie renvoie à tout intérêt sexuel intense et persistant, autre que l'intérêt sexuel pour la stimulation génitale ou les préliminaires avec un partenaire humain phénotypiquement normal, sexuellement mature et consentant » (123).

Ce diagnostic est réservé à l'adulte. En effet, la sexualité d'un enfant prépubère n'a pas la même signification que celle d'un adulte (124).

L'organisation des pulsions sexuelles sous le primat du génital ne s'est pas encore faite et le développement psycho sexuel est en constante progression. Ce n'est qu'à la fin de la puberté qu'il y aura accès à la sexualité adulte et il est impossible de pouvoir prévoir l'évolution des manifestations du développement psychosexuel constatés chez l'enfant (124).

Les CSP ne doivent donc jamais être qualifiées ou analysées comme des troubles paraphiliques mais comme des troubles d'un comportement, venant souvent révéler une souffrance sous-jacente.

### *iii. Les CSP : des troubles du comportement*

Un trouble du comportement peut être défini comme « *ensemble varié de conduites caractérisés par la prédominance de l'agir (...) et par leur opposition aux processus normaux de socialisation* » (125).

Les CSP peuvent donc être compris comme des troubles du comportement touchant le champ de la sexualité.

Les CSP peuvent donc être intégrés dans le motif plus large de recours à la pédopsychiatrie des « *troubles du comportement* » qui sont un des motifs de recours les plus fréquents en pédopsychiatrie (125)(126)(127)(128)(129).

Les pédopsychiatres s'accordent : un trouble du comportement, qui plus est chez l'enfant, peut se rencontrer dans une large variété de diagnostics et ne prédit en rien d'un trouble spécifique (130).

Pourtant, certaines catégories diagnostiques dans les classifications de référence s'appuient essentiellement sur des comportements. Le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation en sont de parfaits exemples.

*iv. Les principaux cadres nosographiques des troubles du comportement de l'enfant*

En pédopsychiatrie, on utilise majoritairement trois classifications (131). Celles qui font référence sur la scène internationale : la classification américaine, le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et la Classification Internationale des Maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé : la CIM dont le Ve chapitre est consacré aux troubles mentaux et du comportement. Le DSM a été créé après la seconde guerre mondiale en 1952. Les deux premières versions s'inspiraient de la psychanalyse. La troisième édition, publié en 1980, rompt avec les théories psychanalytiques et se veut alors « *athéorique* ». Les versions suivantes sont construites de la même façon, selon une approche catégorielle (132). Le DSM-5 a été rédigé dans une perspective dimensionnelle (133).

La CIM a été créée dans une perspective statistique et épidémiologique. Sa première version, la CIM-6 a été publiée en 1949.

Elle a pour vocation de « *fournir un langage commun pour notifier et suivre les maladies. Cela permet au monde entier de comparer et d'échanger des données de manière cohérente et normalisée – entre les hôpitaux, les régions, les pays et au cours du temps. Cela facilite la collecte et le stockage des données en vue de l'analyse et de la prise de décision reposant sur des données factuelles.* » (134).

La spécificité française est l'utilisation d'une classification multiaxiale créée en 1988 par Roger Mises et qui se veut être un complément des systèmes internationaux en mettant l'accent sur l'aspect psychopathologique des troubles en s'appuyant sur les théories psychanalytiques : la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (135).

1) Le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*)-5 (123)

La première version du DSM a été publiée en 1952 par l'American Psychiatric Association et vise à catégoriser les pathologies psychiatriques (136). La cinquième version date de 2013 (95).

Le DSM, dans sa cinquième et dernière version (123), fait directement référence aux troubles du comportement dans son chapitre « *Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites* » qui regroupe le Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP), le Trouble Explosif Intermittent (TEI), le Trouble des Conduites (TC), la pyromanie, la kleptomanie, et les autres troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites spécifiés ou non (123).

Ces troubles correspondent aux troubles dits « *externalisés* », retrouvés fréquemment chez les enfants manifestant des CSP.

Ces diagnostics sont définis par des difficultés dans l'autocontrôle des émotions et des comportements et sont décrits comme des « *Comportements qui nuisent au droit d'autrui et/ou qui exposent le sujet à des conflits significatifs avec les normes*

*sociétales ou les personnes en position d'autorité » (123).*

Le DSM précise qu'il s'agit d'un « *groupe hétérogène dans les causes et les expressions sont très variables dont le début se situe dans l'enfance ou l'adolescence » (123).*

Le DSM reste prudent en ajoutant que ces « *symptômes sont rencontrés à un certain degré chez les sujets à développement normal » et qu'il faut « considérer la fréquence, la persistance, l'omniprésence dans les situations et l'altération associée aux comportements indicatifs du diagnostic en relation avec les normes pour l'âge, le sexe et la culture pour une personne donnée » avant de poser le diagnostic (123).*

C'est uniquement dans les critères diagnostiques du DSM-5 du Trouble des Conduites qu'il est clairement fait référence à des comportements sexuels.

Le critère diagnostique A du Trouble des Conduites précise qu'il s'agit d'un « *ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, comme en témoigne la présence d'au moins 15 critères suivants au cours des 12 derniers mois et d'au moins un de ces critères au cours des 6 derniers mois ».* Parmi ces 15 critères comportementaux, *l'item « a forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles »* est le seul à faire référence aux CSP manifestés par les enfants (123).

Ainsi, les CSP ne sont spécifiquement cités que dans ce diagnostic alors même que la littérature met en évidence la variété des diagnostics sous-jacents, loin d'être seulement des troubles externalisés. Pourtant, en faisant ce choix, le DSM risque

d'orienter le diagnostic et d'occulter ainsi d'autres signes cliniques notamment des symptômes anxieux ou dépressifs.

## 2) La CIM (Classification Internationale des Maladies)-10 (137) et la CIM-11(138)

La première version de la CIM, la CIM-6, est née en 1949. La CIM-10 date de 1994. La nouvelle version, la CIM-11 a été publiée, en anglais, en juin 2018 et n'est pas encore accessible dans sa globalité en format imprimé.

Dans la CIM-10, les troubles du comportement de l'enfant font partie de la catégorie « *Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence* » (137).

Nous retrouvons dans cet ensemble le Trouble des conduites du DSM 5, avec une définition proche : « *Troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafouées les règles sociales correspondant à l'âge de l'enfant* » (137). Aucune référence aux CSP n'est faite.

Les auteurs nuancent d'ailleurs le diagnostic en précisant que « *les caractéristiques d'un trouble des conduites peuvent être symptomatiques d'une autre affection psychiatrique* ». Dans ce cas, c'est le diagnostic de cette affection qui prime. Pour poser le diagnostic, les arguments de fréquence, de répétition et de persistance dans le temps sont indispensables (137).

Dans la même catégorie, il existe deux diagnostics particulièrement intéressants et qui tempèrent la description uniquement comportementale que nous reprochons aux diagnostics précédant : les « *(Autres) troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels* » et le « *trouble des conduites avec dépression* » (137).

La CIM met ainsi en avant l'existence parfois concomitante du diagnostic de trouble dépressif (humeur dépressive marquée et persistante) et de trouble des conduites. Sans que ce soit écrit, nous comprenons que l'expression comportementale du Trouble des Conduites peut être comorbide voire venir révéler une dépression sous-jacente.

Le Trouble des conduites peut également être associé à « *des perturbations émotionnelles persistantes et marquées, par exemple une anxiété, des obsessions ou des compulsions, une dépersonnalisation ou une déréalisation, des phobies ou une hypocondrie* » (Correspondant aux « *Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance* », « *Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes* » et « *Troubles de l'humeur* ») (137).

Dans la CIM-11, les troubles mentaux font partie de la catégorie « *troubles mentaux, comportementaux et neurodéveloppementaux* ». Le Trouble des Conduites apparaît avec le Trouble Oppositionnel avec Provocation dans la catégorie « *Troubles dissociatifs et comportement disruptif* » (138). Le chapitre spécifique aux enfants et aux adolescents disparaît donc, et avec lui probablement, les spécificités développementales propres à l'enfance et l'adolescence.

### 3) La CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) R-2012 (135)

Dans la CFTMEA R-2012, 5e révision de la classification française, nous retrouvons le chapitre « *troubles des conduites et des comportements* » (135).

Les auteurs précise qu'il « *regroupe des troubles à dominante comportementale dont certains constituent des syndromes suffisamment individualisés en tant que tels. Néanmoins, il reste essentiel de rechercher dans quels cas cette symptomatologie peut s'intégrer dans l'une des quatre premières catégories (autisme et troubles psychotiques, troubles névrotiques, pathologies limites, troubles réactionnels dont le syndrome de stress post traumatique* » (135).

**Toutes les classifications prennent en compte le comportement persistant et répété qui transgresse les règles sociales en vigueur pour définir le Trouble des Conduites.**

**La CIM-10 fait le lien avec des troubles émotionnels sous-jacents.**

**La CFTMEA, quant à elle, précise explicitement que cette symptomatologie exclusivement comportementale peut régulièrement s'intégrer dans un autre trouble et, fait référence directement au fonctionnement psychopathologique sous-jacent (psychotique, névrotique, limite) et aux troubles réactionnels comme le syndrome de stress post traumatique.**

Ainsi, la CFTMEA, classification « *psychopathologique parle davantage de fonctionnement et de structure que de trouble. Dès lors, quand on cote en CFTMEA,*

*on cherche à définir chez l'enfant un véritable nœud de difficultés, une qualité d'angoisse, une modalité privilégiée de fonctionnement psychique à la fois cognitif et affectif, qui se décline secondairement dans l'éventail symptomatologique que peut présenter l'enfant. Il n'est pas question de troubles associés, (...) mais au contraire d'un rassemblement d'éléments cliniques qui s'organisent au sein d'une hypothèse psychopathologique centrale » (139).*

d. Les soins pédopsychiatriques

*i. Traitements pharmacologiques*

1) Particularités de la prescription en pédopsychiatrie

Avant d'aborder les traitements possibles dans le cadre des CSP, il nous paraît important de préciser brièvement les particularités de la prescription chez l'enfant et ses difficultés.

L'un des freins majeurs à la prescription pharmacologique en pédopsychiatrie est le manque d'études réalisées dans cette population, souvent pour des raisons éthiques et des difficultés de mise en place des essais cliniques. Ainsi, l'absence quasi complète de données suffisantes explique le vide concernant les recommandations pour de nombreuses molécules. En 2006, entre 50 et 90 % des médicaments utilisés en pédiatrie n'étaient pas évalués (140).

Une étude de 2008 réalisée dans un hôpital pédiatrique universitaire, sur un échantillon de 472 patients (pour 1529 prescriptions), évaluait à 68% les prescriptions de médicaments psychotropes hors de l'Autorisation de Mise Sur le Marché (AMM) (141).

C'est dire le décalage entre la pratique et les recommandations basés sur des preuves scientifiques établies par des études strictement conduites dans la population pédiatrique.

Dans ce contexte, les pédopsychiatres se voient contraints à prescrire hors AMM très fréquemment, exposant particulièrement leur responsabilité médicale.

L'AMM, délivrée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) ou par la Commission Européenne encadre les prescriptions des médicaments commercialisés en France en précisant les indications, la galénique et la posologie, la durée et la population de patients.

Lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions n'est pas respectée, il s'agit d'une prescription hors AMM. Elle est autorisée mais encadrée, le médecin prescripteur devant justifier de la non dangerosité et de l'efficacité du traitement au vu de la littérature scientifique, de l'indication du traitement et de sa réévaluation régulière. Il doit également pouvoir prouver avoir informé les parents et l'enfant quant au choix du traitement et à sa prescription hors AMM et recueillir leur consentement par écrit.

Depuis 2011 (142), le médecin doit faire mentionner « *hors AMM* » sur l'ordonnance. Ces prescriptions ne sont, en principe, pas prises en charge par la sécurité sociale (140).

L'absence d'essai clinique dans les populations pédiatriques et la prescription hors AMM rendent d'autant plus hasardeuse la prescription des psychotropes que la pharmacocinétique (dont les grands paramètres sont l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'élimination) des enfants n'est pas celle d'adultes en miniature. La population pédiatrique, qui va de la naissance à 18 ans, est soumise à de nombreux

changements physiologiques au cours de la croissance (143). En l'absence de données cliniques pour chaque tranche d'âge, l'adaptation de la prescription de chaque molécule est particulièrement complexe.

Parmi les spécificités pharmacocinétiques de l'enfant, nous retrouvons une plus grande perméabilité de la barrière hémato-encéphalique (et donc un risque accru d'effets indésirables des psychotropes), un volume de distribution différent avec un pourcentage d'eau corporelle totale supérieur à celui de l'adulte, et un pourcentage de compartiment grasseux inférieur, une clairance métabolique et des demi-vies d'élimination plus courtes, une maturation variable des cytochromes et de certaines enzymes en fonction de l'âge et l'immaturation du système rénal (143). Ainsi, pour chaque médicament et pour chaque tranche d'âge, les paramètres pharmacocinétiques ne sont pas les mêmes et l'adaptation thérapeutique doit se faire au cas par cas, toujours avec prudence.

Des études ont mis en évidence une plus grande fréquence d'effets indésirables chez les enfants comparés aux adultes. C'est notamment le cas pour la majorité des antipsychotiques pour lesquels il existe un risque d'effets indésirables accrus neurologiques, hormonaux, métaboliques et cardio-vasculaires ainsi qu'une sédation pouvant handicaper la scolarité (144). Malgré la documentation concernant la fréquence des effets indésirables, il n'existe pas encore de recommandations précises pour le suivi de la tolérance des antipsychotiques dans la population pédiatrique (145). Dans le cas d'un traitement par ISRS, la population pédiatrique serait plus à risque d'adopter un comportement suicidaire ou agressif (146).

S'agissant des benzodiazépines, elles sont fortement déconseillées chez l'enfant car des effets paradoxaux peuvent survenir (146).

Compte tenu de toutes ces incertitudes, le traitement médicamenteux n'est pas le traitement privilégié en première intention dans la population pédiatrique. La plupart du temps, il sera prescrit après l'échec d'une prise en charge psychothérapeutique bien menée et devant des troubles dont l'intensité nécessite une intervention pharmacologique. Systématiquement, une prise en charge psychothérapeutique doit y être associée (146).

## 2) Traitement spécifique

Aucun traitement spécifique médicamenteux n'existe dans la prise en charge des enfants manifestant des CSP et plus largement des troubles du comportement (125).

Effectivement, ceux-ci ne correspondent pas un diagnostic mais sont très souvent, l'expression comportementale, partie visible et bruyante, d'une souffrance non dite. C'est l'évaluation du clinicien qui permet de proposer une hypothèse diagnostique et psychopathologique. Les troubles du comportement sont souvent révélateurs de comorbidités pédopsychiatriques très diverses.

Avant tout, le traitement « *spécifique* » devant des troubles du comportement, est donc celui des comorbidités pédopsychiatriques sous-jacentes lorsqu'une indication à un traitement est posée et qu'un tel traitement existe chez l'enfant.

Ce traitement est toujours à privilégier à un traitement purement symptomatique de l'agressivité/du trouble du comportement.

Cependant, les traitements pharmacologiques spécifiques sont rares à avoir l'Autorisation de Mise sur le Marché en pédopsychiatrie.

Parmi les antidépresseurs Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine, la fluoxétine, a l'AMM à partir de 8 ans pour le traitement de l'épisode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé) modéré à sévère, en cas de non réponse à l'issue de 4 à 6 séances de prise en charge psychothérapeutique (147).

La sertraline et la fluvoxamine peuvent être prescrites, respectivement dès 6 ans et 8 ans, dans le cadre des Troubles Obsessionnels Compulsifs (148).

Seuls le lithium, à partir de 16 ans, et l'aripiprazole, à partir de 13 ans, ont été l'AMM dans les troubles bipolaires (149). Les anticonvulsivants peuvent être prescrits.

Les antipsychotiques ont des AMM plus larges, notamment dans les cas de syndrome de Gilles de la Tourette, d'états psychotiques ou autistiques, dès 3 ans, pour certaines molécules (150).

Dans le cas de troubles du comportement chez un enfant présentant un Trouble de Déficit de l'Attention / Hyperactivité associé à de l'agressivité (TDA/H) voire à une comorbidité type Trouble des Conduites ou Troubles Oppositionnels avec Provocation, le traitement par méthylphénidate est toujours à privilégier en monothérapie. Il a

montré une efficacité sur l'agressivité par rapport au placebo dans une méta analyse de 2015 (151).

Si l'agressivité persiste malgré le traitement par méthylphénidate, l'ajout d'un antipsychotique atypique, la risperidone, est indiquée (152) en association d'une prise en charge individuelle et familiale.

### 3) Traitement symptomatique

Ainsi, les traitements symptomatiques pharmacologiques, pourtant loin d'être la règle théorique, sont pourtant souvent retrouvés en pratique dans la prise en charge des troubles du comportement chez l'enfant lorsque ceux-ci sont bruyants et perturbent fortement l'environnement.

Une revue de la littérature en 2012 (125) et une actualisation des données en 2018 (152), visant à aider la prescription, ont répertorié les traitements utilisés.

Les antipsychotiques de première génération ont, pour la plupart, une indication dans le traitement de l'agressivité et des troubles graves du comportement, parfois dès 3 ans. Cependant, leur prescription est souvent évitée au vu du rapport bénéfice/risque défavorable notamment concernant les symptômes extra pyramidaux (152).

**Tableau 1.** Antipsychotiques ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans les troubles du comportement (référence Vidal).

Molécule	Type	Indication	Posologie
Chlorpromazine	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération	Trouble grave du comportement et agressivité de l'enfant > 6 ans	1 à 5 mg/kg/jour en 2 à 3 prises
Propériciazine	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération	Trouble grave du comportement et agressivité de l'enfant > 3 ans	0,1 à 0,5 mg/kg/jour en 2 à 3 prises
Cyamémazine	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération	Troubles graves du comportement avec agitation et agressivité	1 mg/kg/jour
Halopéridol	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération	Trouble du comportement sévère de l'enfant > 3 ans présentant un syndrome autistique	0,02 à 0,2 mg/kg/jour
Pipampérone	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération	Trouble du comportement sévère de l'enfant > 5 ans présentant un syndrome autistique	10 mg/année d'âge/jour en 1 à 2 prises le soir
Pimozide	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération	Trouble du comportement sévère de l'enfant présentant un syndrome autistique	0,02 à 0,2 mg/kg/jour en 1 prise le soir
Sulpiride	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération	Troubles graves du comportement	5 à 10 mg/kg/jour en 2 à 3 prises
Tiapride	Antipsychotique de 1 <sup>re</sup> génération	Trouble grave du comportement et agressivité de l'enfant > 7 ans	150 mg/jour en 2 à 3 prises
Risperidone	Antipsychotique de 2 <sup>e</sup> génération	Trouble du comportement (agressivité, agitation, automutilation, impulsivité majeure ou stéréotypies sévères), enfant > 5 ans avec retard mental ou trouble autistique	0,25 mg/jour si < 20 kg 0,5 mg/jour si > 20 kg puis paliers de 0,25 à 0,5 mg/semaine jusqu'à 1 à 3 mg/jour en 1 ou 2 prises

Tableau issu de l'article : Deffinis B, Purper-Ouakil D. L'utilisation des antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles. *Inf Psychiatr.* févr 2018;94:109-224. (150).

Au vu de la littérature récente, la risperidone, un antipsychotique de seconde génération est la molécule qui a le niveau de preuve le plus élevé en l'absence d'un diagnostic de TDAH pour lequel un traitement spécifique, le méthylphénidate, est à privilégier (152).

Deux revues récentes de la littérature ont mis en avant une efficacité modérée de la risperidone comparée au placebo chez les enfants et les adolescents dont le Quotient Intellectuel était inférieur à la normale (152).

En effet, l'Autorisation de Mise sur le Marché de la risperidone précise l'indication ainsi : « *Traitement symptomatique de courte durée (jusqu'à 6 semaines) de l'agressivité persistante dans le trouble des conduites chez les enfants à partir de 5 ans et les adolescents présentant un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne ou un retard mental diagnostiqués conformément aux critères du DSM-IV, chez lesquels la sévérité des comportements agressifs ou d'autres comportements perturbateurs nécessitent un traitement pharmacologique* » (153).

L'AMM précise donc clairement que la prescription s'adresse à une population pédiatrique ayant un retard mental.

Or, une grande partie des enfants avec des troubles du comportement persistants ne répondent pas à ces critères. En pratique, il n'est pas rare de voir ce traitement prescrit depuis plusieurs mois voire années pour un enfant sans déficience ni diagnostic de trouble des conduites.

Une revue systématique de la littérature réalisée en 2015 retrouvait que 36 à 93,2% des prescriptions d'antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent étaient hors AMM avec une augmentation des prescriptions depuis plusieurs années notamment chez les adolescents de sexe masculin. La risperidone était le traitement le plus souvent prescrit (154).

**Tableau 2.** Recommandations synthétiques pour la prescription dans le traitement de l'agressivité de l'enfant et de l'adolescent

Classe thérapeutique	Nom de la molécule	Recommandations dans la prescription de l'agressivité	AMM dans l'agressivité de l'enfant et de l'adolescent
Antipsychotique de 2 <sup>de</sup> génération	Risperidone	Molécule de choix en l'absence de TDAH Traitement symptomatique de courte durée (jusqu'à 6 semaines) Enfants > 5 ans et adolescents présentant un QI inférieur à la moyenne Effets secondaires plus fréquents chez les enfants que chez les adultes	Oui
	Aripiprazole	Prescription possible dans l'agressivité chez l'enfant autiste	Non
	Quétiapine	Prescription non recommandée	Non
	Clozapine	Non recommandé, traitement possible chez l'enfant psychotique et agressif	Non
Psychostimulants	Méthylphénidate	Molécule de choix si TDAH et agressivité	Non
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	Fluoxétine	À envisager si l'épisode dépressif sous-tend l'agressivité	Non
	Autres ISRS	Absence d'AMM, traitement non recommandé	Non
Antidépresseurs tricycliques		Non recommandé (absence d'essai clinique dans cette indication)	Non
Sels de lithium	Lithium	Molécule de choix si trouble bipolaire avec agressivité	Non
Anticonvulsivants	Valproate de sodium	Prescription possible mais non recommandée (balance bénéfice/risque faible)	Non
	Carbamazépine	Pas d'étude en faveur de son utilisation dans cette indication	Non
Anxiolytiques	Hydroxyzine	Pas d'indication	Non
	Benzodiazépine	Non recommandé, à éviter chez l'enfant et l'adolescent	Non
β-bloquant	Nadolol Propranolol	Non recommandé	Non
	Clonidine	Utilisation possible en combinaison avec un stimulant si agressivité persistante	Non
Antagonistes α2 adrénergiques	Atomoxétine	Recommandé en 2 <sup>de</sup> intention si TDAH	Non
	Guanfacine	Traitement de 2 <sup>de</sup> intention du TDAH après les stimulants	Non

Tableau issu de l'article : Deschamps C, Henriet X, Welniarz B. Mise au point sur le traitement pharmacologique de l'agressivité de l'enfant et de l'adolescent. Inf Psychiatr. juin 2018 ; 94:475-84 (152).

Lorsqu'il est prescrit, ce traitement symptomatique doit toujours s'inscrire dans une prise en charge globale et multidimensionnelle (125) comportant systématiquement une prise en charge psychothérapeutique. Ces recommandations sont d'ailleurs précisées dans l'AMM de la risperidone : « *Le traitement pharmacologique doit faire partie intégrante d'un programme de traitement plus large, incluant des mesures psychosociales et éducatives* » (153).

**En pédopsychiatrie, le traitement pharmacologique fait rarement partie du traitement de première intention et est systématiquement intégré à une prise en charge globale notamment psychothérapeutique. Les particularités de sa prescription, souvent hors AMM et les modalités pharmacocinétiques chez l'enfant peuvent rendre sa mise en place particulièrement délicate. Pourtant, ce traitement peut parfois permettre « *l'atténuation d'une symptomatologie et ainsi favoriser la verbalisation de la souffrance psychique et autoriser un abord psychothérapeutique* » (146).**

**Cette prescription médicamenteuse, lorsqu'elle est nécessaire, doit donc se faire en coordination avec des soins associés.**

**Dans le cas de manifestations des CSP, le diagnostic d'un trouble pédopsychiatrique sous-jacent nécessite parfois la mise en place d'un traitement spécifique. Mais, souvent, le traitement sera prescrit afin d'atténuer les troubles du comportement sexuel. Ce traitement symptomatique devra alors**

**être de la plus courte durée possible et s'associer à la mise en place d'une psychothérapie.**

ii. Les thérapies proposées ayant fait l'objet d'études

Seuls des travaux canadiens et américains ont évalué les thérapies proposées aux enfants manifestant des CSP. Bien que prenant en compte les comorbidités pédopsychiatriques principales, ces études ont proposé des prises en charge spécifiques à la présence des CS. Nous les résumons dans ce chapitre.

L'importance de l'implication des parents

Malgré l'absence de recommandations officielles ou d'essais randomisés, tous les auteurs s'accordent sur la nécessité d'inclure les parents ou les adultes responsables de l'enfant dans le traitement proposé(85)(140)(155)(156).

Chez les enfants de moins de 12 ans, le milieu familial a une importance capitale : les enfants sont peu autonomes et se reposent sur les adultes qui les entourent. Ainsi, les comportements sexuels problématiques sont souvent en lien avec l'environnement. Nous l'avons précisé précédemment, les familles des enfants avec des CSP présentent souvent de nombreuses difficultés qui, régulièrement, se cumulent et multiplient les facteurs de risque. Elles sont également soumises à des taux de stress importants (74)(156)(157).

Par ailleurs, devant des comportements sexuels problématiques, les parents peuvent se sentir dépassés par la situation, ne pas savoir comment réagir, avoir peur de mal faire et la relation avec leur enfant peut être mise à mal (158).

Pour changer les comportements de l'enfant, il semble donc indispensable de travailler avec les adultes afin d'intervenir également sur l'environnement de l'enfant et de lui fournir un espace propice aux changements (24).

Si l'enfant est placé, la famille d'accueil doit être impliquée dans le traitement. Si un retour au domicile est prévu à court ou moyen terme, il est suggéré fortement d'impliquer la famille d'accueil actuelle et les parents chez qui l'enfant va retourner (24).

Une méta-analyse évaluant 18 traitements (53) a mis en évidence que l'élément principal de changement des CSP serait le parent ou l'adulte responsable.

### Traitements en groupe

Certains auteurs préconisent de favoriser les traitements en groupe (159). Effectivement, les traitements étudiés sont, le plus souvent, des traitements de groupe mais ils n'ont pas été comparés à d'autres modalités (53).

Les avantages des groupes seraient de réduire la sensation d'isolement des enfants concernés, de fournir l'opportunité d'interagir avec d'autres enfants et parents et ainsi d'apprendre de nouvelles compétences sociales (53)(85).

Néanmoins, une méta-analyse récente ne montrait pas de supériorité de la prise en charge en groupe sur une prise en charge familiale ou individuelle (53).

### Supériorité d'un type de traitement ?

La majorité des études concernant l'efficacité des traitements proposés ont été menées aux États-Unis ou au Canada. La plupart utilise des traitements inspirés des thérapies cognitivo-comportementales.

Il existe peu d'essais randomisés ayant comparé deux traitements prenant en charge spécifiquement les enfants avec des CSP.

Pithers et ses collègues (156) ont comparé la persistance des CSP après une thérapie d'expression/thérapie expressive et après une thérapie de groupe de prévention de la rechute. Les deux traitements étaient structurés, basés sur la psychoéducation et d'inspiration cognitivo-comportementale et se déroulaient sur 32 semaines. La thérapie de prévention de la récurrence se concentrait sur les facteurs de risque de récurrence tandis que la thérapie d'expression ciblait les règles et les frontières concernant les comportements sexuels, la gestion des émotions, les effets de l'abus sexuel, la résolution de problèmes, et les compétences sociales.

Au milieu de la prise en charge, les deux traitements montraient une efficacité similaire et dans les deux groupes de traitement, une diminution de 30% des CSP était observée. Ces résultats se confirmaient à la fin du traitement (156).

L'équipe de Bonner (74) a, quant à elle, comparé un traitement de thérapie cognitivo-comportementale à une thérapie d'inspiration psychodynamique chez des enfants de 6 à 12 ans avec des CSP.

A l'issue des 12 séances, les CSP étaient diminués dans les deux groupes sans supériorité d'un traitement sur l'autre. Une amélioration des compétences sociales, des problèmes comportementaux et affectifs est également constatée (74).

Cependant, une étude de l'évolution à 10 ans (84), basée sur les mêmes groupes, a montré une plus grande efficacité du traitement par TCC : le groupe ayant été traité par TCC avait un taux de récurrence de 2% alors que le groupe de thérapie d'inspiration psychodynamique avait un taux à 10%. Ces résultats ont été comparés au taux de CSP chez un groupe clinique sans CSP. Le taux de CSP dans ce groupe a été évalué à 3% (84). Ainsi, un traitement court par TCC bien conduit permettrait de diminuer le taux de récurrence à un taux similaire à celui d'une population clinique n'ayant pas présenté de CSP.

Une étude québécoise (43) a évalué l'efficacité d'un programme d'intervention de 23 semaines d'inspiration cognitivo-comportementale et impliquant les enfants de 6 à 12 ans présentant des CSP et leurs parents.

A la fin du programme, les auteurs observent une diminution significative des CSP (un tiers de l'échantillon) mais aussi une diminution des troubles intériorisés (50% de l'échantillon) ainsi qu'une amélioration de leurs compétences sociales (53,6%) (43).

En 2005, Silovsky et son équipe (85) compare un traitement de 12 semaines par TCC et psychoéducation à un groupe sans traitement. Plus de 30% de l'échantillon ayant reçu le programme de TCC était impacté positivement, notamment les filles et les enfants les plus âgés (85).

### Prise en charge des CSP en présence d'une comorbidité pédopsychiatrique : exemple des troubles externalisés et psychotraumatisme

En fonction de l'évaluation, les comportements sexuels problématiques seront considérés comme le symptôme principal à prendre en charge ou s'intégreront au sein d'un ensemble plus large de symptômes comme dans les cas de troubles externalisés ou d'un syndrome de stress post traumatique, qui sont les troubles les plus souvent rencontrés chez ces enfants.

Les auteurs du rapport de l'ATSA (24) s'accordent et déconseillent de proposer un traitement spécifique distinct et supplémentaire concernant les CSP quand ceux-ci s'intègrent dans des troubles pédopsychiatriques définis.

Dans ce cas, il est plus pertinent d'intégrer au traitement de référence (la thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le traumatisme dans le cas d'un syndrome de stress post traumatique (160)(161)(162)(163) et la thérapie d'interaction parent-enfant dans le cas des troubles extériorisés(158)), des composantes spécifiques de la prise en charge des CSP (155)(164).

### En France

Aucune étude scientifique n'a été réalisée concernant l'efficacité des psychothérapies proposées aux enfants manifestant des CSP.

Les soins psychiatriques du secteur public sont organisés en secteurs. En pédopsychiatrie, plusieurs circulaires précisent l'organisation des intersecteurs de pédopsychiatrie, leurs modalités d'accueil, les structures de soins. Actuellement, il y a 300 secteurs en pédopsychiatrie, rattachés à des centres hospitaliers. Ces secteurs

prennent en charge les enfants en fonction de leur lieu d'habitation. Un secteur correspond à une population d'environ 40 000 à 60 000 enfants et adolescents. Le travail du secteur repose sur une équipe pluridisciplinaire et la diversification des lieux de soins : consultations notamment dans les Centres Médico Psychologiques, Hôpitaux de jour, centres d'accueil à temps partiel, etc (165).

Les psychothérapies proposées sont donc, dans un premier lieu, fonction de l'enfant et des difficultés qu'il présente mais également des orientations ou des formations de l'équipe et peuvent être d'orientations variées (psychodynamique, systémique, cognitive, comportementale ou à médiation corporelle pour les plus fréquentes).

**Toute prise en charge psychothérapeutique doit s'assurer de l'adhésion et de la participation des parents à la prise en charge de leur enfant. Les études américaines ont mis en évidence une efficacité des thérapies proposées qu'elles soient individuelles ou groupales. Les traitements les plus étudiés sont ceux inspirés des thérapies cognitivo-comportementales. Une des grandes limites de la majorité de ces études est d'étudier uniquement l'évolution des CSP. Or, une diminution ou une disparition des CSP n'est pas synonyme de l'absence de mal être ou de souffrance psychique. Concevoir le but de la thérapie proposée comme l'arrêt des CSP nous semble être un objectif éducatif plutôt qu'une démarche de soins.**

**En France, les soins s'organisent en secteur. L'enfant n'est pas orienté vers des professionnels en fonction du symptôme qu'il présente mais en fonction de son**

**lieu d'habitation. Ce fonctionnement permet notamment de valoriser la prise en compte de l'enfant dans toute sa complexité et de réaliser une lecture psychopathologique de sa situation, afin de lui proposer les soins les plus adaptés à sa personne plutôt qu'à son symptôme. Dans le cas d'enfants présentant des CSP, cette mise en place des soins pédopsychiatriques est régulièrement mise à mal.**

iii. Les freins potentiels à la prise en charge pédopsychiatrique des enfants manifestant des CSP

Les situations des enfants manifestant des CSP sont souvent complexes, faisant intervenir les champs sanitaire, social, éducatif et judiciaire.

Ils peuvent bénéficier de prise en charge dans une structure spécialisée type ITEP (Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique) ou IME (Institut Médico-Éducatif) en cas de déficience. Les ITEPs proposent une prise en charge multidisciplinaire en internat ou en accueil de jour en fonction des difficultés de l'enfant ou de l'adolescent. Les équipes de soins y sont coordonnées par des psychiatres (166). Ces structures interviennent « *en partenariat avec les équipes de psychiatrie de secteur, les services et les établissements de l'éducation nationale et, le cas échéant, les services de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse* » (166).

Ainsi, ces enfants peuvent être amenés à rencontrer de nombreux intervenants de plusieurs champs différents avec des missions bien distinctes.

Lorsqu'un suivi pédopsychiatrique est demandé, il est possible que l'équipe sollicitée craigne alors une multiplication des intervenants entraînant une confusion des rôles

de chacun au détriment de la cohérence de la prise en charge globale. Cette crainte est exacerbée par la présence, d'une part, de psychologues dans les services de l'ASE, de la PJJ et dans les IME et les ITEP et, d'autre part, de pédopsychiatres, dans ces mêmes établissements médico-sociaux, comme coordonnateurs des soins. Pourtant, dans chaque structure, le rôle du psychologue ou du pédopsychiatre est bien défini au sein d'un cadre de travail spécifique. Le professionnel a des missions particulières d'évaluation et des missions thérapeutiques, mais, son poste lui permet rarement de pouvoir proposer une psychothérapie au sens strict du terme. De plus, dans les ITEP et les IME, les pédopsychiatres ne rencontrent que ponctuellement les enfants, leur rôle principal étant de coordonner les équipes notamment au travers de réunions hebdomadaires.

Une psychothérapie ne pourra donc être réalisée qu'à l'extérieur de ces structures ou équipes par des professionnels non concernés par des missions et des enjeux scolaires, sociaux, éducatifs et judiciaires. La prise en charge pédopsychiatrique sera donc régulièrement indispensable pour installer des soins notamment psychothérapeutiques et médicamenteux si nécessaire.

Habituellement, l'équipe pédopsychiatrique doit recueillir des informations et échanger avec la majorité des personnes impliquées dans la vie de l'enfant notamment ses parents et l'école.

Pour les enfants avec des CSP, les liens à faire sont souvent multipliés et ne sont pas toujours aisés à mettre en place.

D'un point de vue pratique, l'organisation d'échanges téléphoniques et, a fortiori, de temps de rencontres inter-équipes, est parfois laborieuse car il s'agit de réunir un grand nombre d'intervenants de structures différentes, disponibles au même moment,

dans un même lieu. Or, plus le nombre de personnes augmente, plus cette organisation est chronophage et peut donner une sensation d'épuisement et d'inefficacité.

Lorsque les équipes se rencontrent, chacun des intervenants a une formation, un vocabulaire, un point de vue, des objectifs différents en fonction de sa profession et de son lieu de travail. Cela va demander des efforts de clarification et de patience constants, afin de bien se comprendre et d'éviter les écueils inhérents aux malentendus fréquents dans ces rencontres, pouvant éventuellement créer des mouvements agressifs au risque d'alimenter un clivage interinstitutionnel au détriment de l'enfant.

Malgré la nécessité de mobiliser tous les partenaires autour d'une volonté commune à travailler ensemble, il faut garder en tête la différence de chacun et, toujours respecter le cadre de travail pédopsychiatrique. Cet effort constant peut être très éprouvant pour les professionnels engagés dans de telles prises en charge.

La situation parentale peut également être un frein possible à la mise en place de soins pédopsychiatriques. C'est particulièrement le cas lorsque l'enfant bénéficie d'une mesure d'aide sociale ou de placement.

En effet, une prise en charge pédopsychiatrique ne se fait classiquement pas sans rencontrer les parents ou les personnes ressources de l'enfant. Dans ces situations, les parents sont parfois difficiles à rencontrer et les rendez-vous compliqués à organiser pour plusieurs raisons. Les rendez-vous de soins ne peuvent outrepasser les décisions judiciaires concernant les droits de visite et de rencontre d'un enfant avec ses parents. Il n'est donc pas exceptionnel que le pédopsychiatre ne puisse pas rencontrer l'enfant avec ses parents. Il peut toutefois proposer des entretiens aux

parents seuls, sans l'enfant, s'il le juge nécessaire. Dans ce cas, pour ne pas mettre à mal les soins de l'enfant, des prérequis semblent indispensables. Il faudra, bien sûr, le prévenir et lui expliquer, recueillir son avis et lui faire une restitution du rendez-vous. Il arrive également que l'adhésion parentale soit fragile et que les parents soient réticents aux soins, qu'ils ne viennent pas aux rencontres proposées ou qu'ils mettent à mal le cadre thérapeutique mettant parfois l'enfant dans une situation particulièrement déstabilisante.

Par ailleurs, quand ces enfants manifestent des CSP interpersonnels, répétés, intrusifs, s'écartant trop des normes sociétales, le recours aux soins pédopsychiatriques peut prendre la forme d'une quasi injonction à mettre en place un traitement médicamenteux visant à rendre silencieux un comportement jugé trop dérangeant.

Lorsqu'elles sont confrontées à ce type de demandes, les équipes pédopsychiatriques, vues alors comme de simples prescripteurs, devant prendre en charge des comportements problématiques jugés dangereux, et non plus la souffrance de l'enfant concerné, peuvent manifester des mouvements défensifs.

C'est parfois dans ces situations qu'elles expriment alors des réticences à la prise en charge de ces enfants ou une impression d'incompétence face au contexte de CSP. Ces appréhensions, qui vont parfois jusqu'au refus, peuvent également s'expliquer par d'autres raisons.

Les soignants, sont avant tout des êtres humains, qui, comme les autres, sont sensibles aux peurs et aux représentations véhiculées par la société. Un enfant est souvent imaginé comme un être innocent, pur et sage sans sexualité hormis celle qui reste dans le champ strict de la « découverte » ou de la « curiosité ».

Jean-Yves Hayez, l'explique bien : « *Il est rare que nous demeurions suffisamment sereins face aux manifestations sexuelles des enfants, surtout quand elles sont porteuses de caractéristiques pathologiques à même de nous déstabiliser. Les réactions émotionnelles les plus habituelles conduisent à la dramatisation ou, à l'inverse, à la banalisation-minimisation, qui n'est souvent qu'une dénégation de l'angoisse que nous éprouvons (« Ils jouent tous à touche-pipi »). (...) Pour beaucoup, il demeure une gêne à dialoguer clairement autour de la sexualité ; c'est un héritage de l'ambiance répressive dans laquelle ont baigné l'éducation sexuelle et l'accès à la sexualité de beaucoup d'adultes. C'est lié également au flou contemporain qui entoure les normes. Enfin, la culture prescrit que la sexualité doit être privée, intime et monogénérationnelle : cette valeur d'intimité pèse déjà sur la fluidité du dialogue. Au-delà de cette gêne de base, des émotions excessives peuvent surgir, tant du côté de la dramatisation et de la tendance à culpabiliser l'enfant, que du côté inverse de « l'excitation érotique à ses côtés » et du clin d'œil de principe. Sous l'emprise de ces émotions, l'adulte peut se taire trop... ou parler inconsidérément » (23).*

Plus récemment, sur le site internet « *Les Décodeurs* » du journal Le Monde, à propos de la Loi Schiappa et de l'éducation sexuelle à l'école, le journaliste, Adrien Sénécat, conclut ainsi : « *si le terme « sexualité » peut, du point de vue de certains adultes, se résumer à des activités génitales, ce n'est évidemment pas à cela que font référence les publications pour enfants. Autour de cinq ans ou six ans, l'expression désigne le fait de se tenir la main, se caresser ou encore se prendre dans les bras. N'en déplaise à ceux qui dénoncent hâtivement la « perversité » supposée des enseignements sexuels à l'école, c'est bien souvent leur regard d'adulte qui donne des connotations inappropriées à des expressions qui, à l'origine, en sont dépourvues » (167).*

Prendre en charge un enfant qui aurait eu des CSP agressifs envers un autre, c'est donc se confronter à ses propres représentations mais également à sa propre histoire, à ses propres expériences sexuelles. Cela peut donc se révéler particulièrement éprouvant.

Ces représentations sont d'autant plus fréquentes, même chez les soignants en pédopsychiatrie, que l'information et les formations concernant le développement psycho sexuel de l'enfant et les CSP sont encore rarement dispensées.

Face à nos difficultés et à notre manque de connaissance, il arrive que nous arguions que les troubles du comportement ne relèvent pas systématiquement de la pédopsychiatrie et renvoyions alors ces enfants sur des mesures sociales et éducatives.

Par ailleurs, la situation actuelle de la pédopsychiatrie, la demande croissante, le manque de moyens ne semblent pas favoriser la lutte contre ces multiples difficultés.

**Ces nombreux freins alimentent les réticences des équipes à proposer des prises en charge à ces enfants qui peuvent être particulièrement éprouvantes au niveau psychothérapeutique, chronophages et sources de crispations interinstitutionnelles.**

**Pour lutter contre ces difficultés, les Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles ont été créés.**

**Dans le Nord et le Pas de Calais, l'URSAVS de Lille, centre ressource mais également structure de soins de seconde ligne peut être sollicitée par les équipes afin d'être soutenues dans ces prises en charge complexes.**

#### **IV. Présentation de l'étude clinique exploratoire sur les enfants pris en charge à l'URSAVS**

##### **1. L'Unité Régionale pour le Suivi des Auteurs de Violences Sexuelles**

###### **a. La Création des CRIAVS**

En 2006, les Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles ou CRIAVS sont créés suite à la circulaire DHOS/DGS/02/6C n°2006-168 du 13 avril 2006 relative à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle et à la création des Centres Ressource inter régionaux (168)(169).

Cette circulaire définit les principes généraux participant à la mise en œuvre de différents objectifs sur lesquels la création de ces centres repose.

La prise en charge des auteurs de violences sexuelles est particulièrement complexe : elle fait intervenir les champs juridique, criminologique, psychiatrique et social et concerne une population fréquemment sans demande de soins.

Sur le plan clinique, la grande hétérogénéité de la population est rappelée. Les AVS adultes et adolescents ne peuvent pas être isolés en différents groupes cliniques au niveau psychopathologique.

Par ailleurs, depuis de nombreuses années, les antécédents d'agression sexuelle ne sont plus considérés comme une condition nécessaire et suffisante pour devenir un AVS. Cependant, ils font partie des nombreux facteurs de risque identifiés dans la genèse des violences sexuelles au même titre que les maltraitances et les carences affectives (169).

Les facteurs de risque multiples, une hétérogénéité clinique et l'intrication des dimensions judiciaires, sanitaires et sociales de cette problématique complexe

impliquent une rigueur particulière permettant une articulation entre les différents aspects de la prise en charge sans confusion entre les missions et rôles des différents acteurs impliqués (169).

La circulaire rappelle l'importance de prendre en compte le contexte médico-légal notamment si la prise en charge s'inscrit dans le cas de soins pénalement ordonnés (obligation et injonction de soins) tout en respectant la place du soin. La prise en charge des AVS devrait permettre un accompagnement au cours de toutes les étapes du parcours judiciaire avant et après afin de répondre aux missions de prévention, d'évaluation, de repérage et de soins. Une formation spécifique des professionnels et un travail en équipe sont indispensables (169).

La création des centres ressources a pour but d'offrir un recours et un appui aux équipes de psychiatrie et de pédopsychiatrie prenant en charge des AVS sans se substituer à leurs missions de prise en charge de secteur.

La circulaire insiste sur l'importance de favoriser la proximité, l'accessibilité et la continuité des soins, notamment en mutualisant les compétences entre plusieurs secteurs afin de proposer les traitements les plus adaptés et en mettant l'accent sur les liens entre les différentes équipes de psychiatrie (pénitentiaires et de secteur) mais également avec les institutions judiciaires et pénitentiaires.

Ainsi, la création des CRIAVS a pour but de répondre aux objectifs suivants :

*« - mettre en lien les différentes équipes de psychiatrie et les professionnels qui prennent en charge les AVS (...)*

- *Répondre aux besoins de connaissances et de compétences sur ce public de la part des équipes de psychiatrie et des professionnels qui rencontrent des difficultés lors des prises en charges formulées par les personnes concernées*

- *Structurer les liens institutionnels entre les équipes de psychiatrie et les acteurs judiciaires et pénitentiaires autour du suivi d'un public commun*
- *Favoriser l'appréhension de la prévention de ces actes violents » (169).*

Les CRIAVS ont donc des missions de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), de soutien et de recours pour les professionnels et les équipes de proximité, de promouvoir les réseaux entre les professionnels impliqués et d'échange sur les pratiques, de formation des professionnels et de recherche.

#### b. L'URSAVS du Nord Pas de Calais

L'Unité Régionale pour le Suivi des Auteurs de Violences Sexuelles du Nord Pas de Calais a été créée en 2008 et dépend du pôle de psychiatrie de médecine légale et de médecine en milieu pénitentiaire du CHRU de Lille.

Elle est située à Lille et intervient sur les territoires des départements du Nord et du Pas de Calais. L'Unité est composée d'un centre ressource, d'une équipe de liaison et d'un centre de soins spécialisés.

Le CRIAVS répond aux missions de formation et de diffusion des pratiques, de recherche clinique, de promotion des réseaux de santé, de recherche informationnelle grâce au centre d'information et de documentation mis à disposition de tous les professionnels.

La particularité de l'URSAVS est de proposer d'autres types d'action que les missions strictes des CRIAVS.

L'équipe de liaison peut intervenir à la demande de l'équipe soignante en charge d'un patient AVS, proposer une évaluation du patient, participer aux synthèses, au projet

de soins et à l'orientation, aider à la continuité des soins, à la liaison et aux échanges entre les professionnels.

Enfin, le centre de soins spécialisés permet une prise en charge complémentaire de celle des CMP et peut proposer un relais entre deux prises en charge et à la mise en place de thérapies spécialisées.

L'équipe de l'URSAVS est composée de deux médecins psychiatres, dont un médecin coordonnateur, une médecin sexologue, un interne en psychiatrie, une cadre de santé, cinq psychologues, un éducateur détaché de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, 3 infirmières Diplômées d'État, une documentaliste et deux assistants médico-administratifs.

c. La prise en charge des mineurs à l'URSAVS

*i. L'intervention de l'équipe*

Lorsqu'une équipe en charge d'un patient, majeur ou mineur, souhaite solliciter l'URSAVS, une fiche de liaison à compléter concernant le patient leur ait envoyée.

L'URSAVS étant une structure de soins de seconde ligne, une prise en charge psychologique ou (pédo)psychiatrique est indispensable avant toute intervention.

Après échange en équipe, une intervision est proposée, c'est-à-dire une synthèse visant à échanger avec les professionnels en charge de la personne concernée. Dans un second temps, si cela apparaît pertinent et s'il existe une demande de l'équipe référente, une évaluation du patient peut être proposée.

Dans le cas des adolescents et des enfants, l'URSAVS est majoritairement sollicitée par les équipes sociales, les éducateurs de la PJJ, certains psychologues et pédopsychiatres libéraux et parfois par les Centres Médico Psychologiques ou les Centre Médico Psycho Pédagogiques.

Lorsque l'enfant bénéficie déjà d'un suivi pédopsychiatrique, l'équipe de l'URSAVS fait le lien avec les acteurs de cette prise en charge afin de discuter de la pertinence de cette intervention.

Quand l'enfant n'a pas de prise en charge pédopsychiatrique, régulièrement, c'est l'occasion d'amorcer un début de suivi et de solliciter à nouveau l'URSAVS après la mise en place des soins pédopsychiatriques de première ligne si c'est encore jugé nécessaire.

Bien sûr, cette organisation est à nuancer aux réalités de terrain et à l'urgence de chaque situation.

Actuellement, dans les régions du Nord et du Pas-de-Calais, les Centres Médico-Psychologiques pour enfants et adolescents affichent bien souvent des listes d'attente de plusieurs mois avant de pouvoir prendre en charge un enfant.

Il arrive donc qu'en attente de la prise en charge en CMP, l'URSAVS puisse rencontrer l'enfant et assurer les soins le temps de la mise en place des soins de secteurs si la situation clinique nécessite une prise en charge rapide incompatible avec les délais d'attente du CMP de secteur.

En pratique, à l'URSAVS, les demandes viennent parfois des structures sanitaires mais sont souvent faites par des structures éducatives ou sociales et les liens avec le CMP se font après réception de la fiche de liaison. Il n'est pas rare que des soins ne

soient pas engagés. Le contact avec l'URSAVS permet donc parfois de faciliter leur mise en place.

*ii. Chiffres concernant les mineurs*

Depuis sa création en 2008, l'URSAVS est, chaque année, sollicitée pour un nombre croissant de mineurs et pour des mineurs de plus en plus jeunes. Ces mineurs sont en grande majorité des garçons.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<u>Garçons</u>	2	3	20	11	18	37	42	52	75	
>12 ans	2	2	19	7	14	35	38	44	58	14
<12ans	0	1	0	3	0	2	2	5	12	
12 ans	0	0	1	1	4	0	2	3	5	4
<u>Filles</u>	0	0	0	0	1	4	2	4	6	
>12ans	0	0	0	0	1	3	2	1	2	1
<12 ans	0	0	0	0	0	1	0	3	4	1

Tableau : Nombre de nouvelles demandes à l'URSAVS pour les mineurs (0-18 ans) par année (l'année 2018 correspond aux demandes du 1/01/18 au 8/06/2018)

En 2009, l'URSAVS a été sollicitée pour 2 garçons âgés de plus de 12 ans. En 2017, 8 ans plus tard, elle a été contactée pour intervenir dans la situation de 75 garçons mineurs dont 5 âgés de 12 ans et 12 de moins de 12 ans.

Les demandes d'intervention de l'URSAVS sont beaucoup plus rares pour les filles : en 2017, seules 4 filles âgées de moins de 12 ans sont concernées.

L'âge de l'enfant le plus jeune pour lequel l'équipe de l'URSAVS a été sollicitée est 5 ans.

Pourtant, la littérature ne montre pas de sex-ratio aussi franc. Ces résultats pourraient s'expliquer par les représentations des intervenants et la crainte plus prononcée d'avoir affaire à un futur agresseur sexuel lorsqu'il s'agit d'un garçon plutôt qu'une fille.

L'âge de plus en plus jeune des enfants pour lesquels l'URSAVS est sollicitée nous semble inquiétant. D'une part, une prise en charge à l'URSAVS, qui est une unité de soins aux auteurs de violences sexuelles risque de stigmatiser ces enfants et de les suivre tout au long de leur parcours de soins. Pourtant, ces enfants ne doivent pas être considérés comme des agresseurs sexuels de la même façon que les adultes.

Le fait que les équipes sociales, éducatives ou sanitaires sollicitent l'URSAVS pour ces enfants révèle un profond malaise face à ces situations et un manque d'outils de prise en charge pour les professionnels concernés.

Afin de prendre en charge ces enfants, nous avons choisi de réaliser l'étude de quatre cas pris en charge à l'URSAVS pour lesquels une évaluation pédopsychiatrique et psychopathologique a été proposée. Cette étude va nous permettre de pouvoir affiner nos propositions thérapeutiques.

## 2. Présentation de l'étude de cas

### a. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'identifier l'organisation psychopathologique et les troubles pédopsychiatriques présents chez les enfants pour lesquels une évaluation par l'URSAVS a été demandée.

Les objectifs secondaires sont de soutenir l'émergence d'hypothèses psychopathologiques sur le plan individuel et familial et de fournir de nouvelles pistes de travail pour améliorer leurs prises en charge pédopsychiatriques.

### b. Population

Nous avons réalisé l'évaluation de 4 garçons âgés de 9 à 13 ans pour lesquels une l'URSAVS a été sollicitée par les acteurs de la prise en charge (sanitaire, social ou judiciaire). Ces garçons ont tous présenté des CSP avant l'âge de 12 ans.

c. Accord des parents et de l'enfant

Avant toute intervention de l'URSAVS auprès d'un mineur, l'équipe rencontre les parents pour expliquer le cadre et les modalités de celle-ci et recueillir leur consentement écrit ainsi que celui de l'enfant.

Pour chaque enfant, l'évaluation proposée par l'URSAVS va proposer des entretiens cliniques, et éventuellement, la passation du Mini-Kid et celle d'un dessin de famille en fonction de leur intérêt clinique.

d. Description de l'évaluation proposée

*i. Entretiens pédopsychiatriques et recueil de données sur dossier*

Chaque enfant a été reçu à plusieurs reprises pour des entretiens pédopsychiatriques. Les informations contenues dans la description des cas ont été recueillies lors de ces entretiens mais également dans les dossiers cliniques de l'URSAVS dans lesquels se trouvent la fiche de liaison décrivant la demande d'intervention et les comptes-rendus des interventions avec les différents partenaires.

Afin de compléter cette évaluation pédopsychiatrique nous avons fait le choix d'utiliser des outils systématisés afin de venir étayer nos hypothèses diagnostiques.

Nous avons choisi d'utiliser un entretien standardisé, facile à faire passer et de courte durée pour soutenir les hypothèses diagnostiques, le M.I.N.I-Kid ainsi qu'un outil

projectif : le dessin de famille, support particulièrement justifié chez les enfants, pour appuyer l'émergence d'une réflexion psychopathologique.

ii. *M.I.N.I.-Kid*

Le M.I.N.I.-Kid (Mini International Neuropsychiatric Interview-Kid) est la version enfant et adolescents du M.I.N.I. utilisé chez l'adulte. Il s'agit d'un outil élaboré par l'équipe du Dr D. Sheehan aux États-Unis (170). Sa dernière version en anglais se base sur les catégories diagnostiques du DSM-5.

Il a été comparé à l'échelle de référence la Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (KSADS-PL) avec de bons résultats (170).

Lors de cette étude, nous utilisons la version française 2.0 « *enfant* » qui explorent les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM IV. Cette version française est une version préliminaire développée par Y. Lecrubier, T. Hergueta, S. Renou, M. Flament en 2001 (Annexe 1).

Il n'existe pas à notre connaissance de version du M.I.N.I.-Kid en français explorant les troubles définis par le DSM-5.

Le M.I.N.I.-Kid est facile d'utilisation et permet un dépistage rapide des différentes pathologies pédopsychiatriques.

Il est divisé en différents modules, chacun correspondant à l'une des catégories diagnostiques suivantes (170).

Les modules sont les suivants :

- Épisode dépressif majeur Actuel (2 dernières semaines),

- Dysthymie Actuelle (2 dernières années),
- Risque suicidaire Actuel (mois écoulé),
- Épisode (hypo)-maniaque actuel + vie entière,
- Trouble panique actuel (mois écoulé) + vie entière,
- Agoraphobie actuelle,
- Phobie sociale actuelle (mois écoulé),
- Trouble obsessionnel-compulsif actuel (mois écoulé),
- Alcool (Dépendance/abus) actuel (12 derniers mois),
- Drogues (Dépendance/abus) actuel (12 derniers mois),
- Nicotine (Dépendance) actuelle (12 derniers mois),
- Etat de stress post-traumatique actuel (mois écoulé),
- Anorexie mentale actuelle (3 derniers mois),
- Anxiété généralisée actuelle (6 derniers mois),
- Troubles des conduites actuel (12 derniers mois),
- Tics et Gilles de la Tourette actuelle (12 derniers mois)

Dans les instructions générales du M.I.N.I.-Kid, il est spécifié qu'il est possible d'omettre les modules qui ne paraissent pas pertinents. Cependant, afin d'être le plus exhaustif possible, nous avons fait le choix de questionner systématiquement les sujets sur chacun des modules.

L'utilisation de cet outil a permis de soutenir le diagnostic pédopsychiatrique des troubles de l'Axe I du DSM.

### *iii. Dessin de famille*

Le dessin de l'enfant a fait l'objet de nombreux travaux études : médiation psychothérapeutique, repère développemental, mais également support projectif.

Afin de soutenir l'émergence d'une réflexion psychopathologique, l'équipe du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHRU de Lille a élaborée une grille d'évaluation du dessin de famille (Annexe 2) sous la coordination du Dr François Medjkane et du Pr Renaud Jardri en 2015.

L'intérêt de cette grille est de pouvoir guider la réflexion des cliniciens quant à l'appréhension du dessin de famille comme outil projectif. Son but est de permettre la formulation d'une hypothèse quant à l'organisation psychopathologique du sujet. Cette grille sert de support à la réflexion psychopathologique globale du clinicien.

Cette grille a été construite en s'inspirant des travaux de nombreux auteurs et notamment des travaux de Daniel Widlöcher concernant la valeur projective du dessin d'enfant (171), de ceux de Corman sur le dessin de famille (172) et enfin, de l'interprétation du dessin de famille selon Jourdan-Ionescu et Lachance (173).

#### **Etude préliminaire** (174)

Une étude préliminaire portant sur un petit groupe de sujets hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation temps plein du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHRU de Lille a été réalisée par le Dr Marion Delville pour son mémoire de DES. Il s'agissait d'évaluer l'efficacité diagnostique de la grille d'évaluation et d'interprétation. Le test de référence utilisé était le test de Rorschach (175)(176). Les résultats du test

ont été comparés aux résultats obtenus par le médecin responsable de l'enfant et à ceux obtenus par trois cotateurs n'ayant accès à aucune information sur l'enfant hormis celles obtenues lors de la passation. Cette étude retrouvait une bonne validité diagnostique concernant les différentes organisations et ce, quel que soit le degré d'expérience clinique de l'examineur (174).

Cet outil permet une passation courte, non anxiogène pour les patients en comparaison des tests projectifs de référence et pouvant être réalisé par un cotateur après une formation courte à la grille d'évaluation. L'interne en charge de l'étude a bénéficié de cette formation avant la réalisation de l'étude de cas.

Enfin, une relecture de l'interprétation des dessins de famille recueillis a été systématiquement réalisée avec le Dr François Medjkane.

### **Passation et analyse**

La passation se réalise en deux temps. Un premier temps lors duquel l'enfant ou l'adolescent est invité à dessiner par la consigne suivante « *Je vais te demander, s'il est possible, de faire le dessin d'une famille* ». Il a à sa disposition 3 feuilles blanches, un crayon à papier et 10 crayons de couleur.

Dans un deuxième temps, il est proposé au sujet de mettre en récit sa réalisation avec cette consigne « *Et si ça racontait une histoire, ce serait quelle histoire ?* »

Avec l'aide de la grille d'évaluation, le clinicien va pouvoir analyser la passation et, in fine, proposer une hypothèse concernant l'organisation psychopathologique de l'enfant.

La grille est construite en quatre catégories : la réalisation du dessin, l'analyse du contenu graphique, l'analyse du contenu verbal et l'évaluation de la qualité de la relation à l'examineur.

La réalisation du dessin concerne la présentation de l'enfant pendant la réalisation du dessin : sa posture tonico-clonique, une recherche d'étayage, la façon d'utiliser le matériel (est-elle celle attendue ou plutôt inhabituelle ?), la nécessité d'adapter le dispositif proposé, le temps de latence de réponse, la nécessité de répéter la consigne et les compétences visuo-perceptives du sujet.

L'analyse du contenu graphique cible les compétences grapho-motrices afin de soutenir la représentation d'un niveau développemental. Sont alors pris en compte les éléments préfiguratifs, figuratifs et symbolisés, la présence d'une différenciation des sexes et des générations ainsi que d'éléments de décor.

L'analyse du contenu verbal se concentre sur le deuxième temps de la passation : la narration. Afin d'appréhender les capacités de symbolisation de l'enfant, nous allons nous intéresser au thème choisi par l'enfant, à sa capacité à raconter seul ou au contraire s'il a besoin d'être soutenu au début ou constamment lors de la narration et à la présence d'un scénario organisé selon le modèle : situation initiale, problématique intercurrente et temps de résolution.

Enfin, l'évaluation de la qualité de la relation à l'examineur permet de réfléchir aux modalités de la relation au clinicien : ajustement adapté, relation fluctuante ou adhésive ou encore contact anaclitique ou évitant.

Après la prise en compte de ces quatre catégories, la grille propose de guider la réflexion afin de constituer une hypothèse psychopathologique concernant l'organisation psychique.

Des hypothèses vont être dégagées concernant la nature de l'angoisse prévalente (angoisse de morcellement, angoisse de perte d'objet, angoisse de castration), le type de relation d'objet (fusionnelle, anaclitique, génitale) et les mécanismes de défense apparaissant lors de la passation.

A l'issue de l'analyse, une hypothèse peut être formulée concernant l'organisation psychopathologique qui est alors évaluée comme névrotique, état-limite ou psychotique.

### **Les différentes organisations psychopathologiques**

Les organisations psychopathologiques proposées sont directement inspirées des travaux de Jean Bergeret et ses collègues dans l'ouvrage *Abrégé de Psychologie pathologique* (177).

Comme les auteurs le soulignent, « *la notion radicale et absolue de structure n'a pas de sens en clinique infantile : à un moment donné, rien n'est joué et rien n'est fixe* » (177).

Il préfère au terme « *structure* » employé chez l'adulte celui de « *structuration c'est à dire de structure en train de se constituer progressivement* » et, au niveau clinique

« *d'organisations pathologiques c'est à dire de configurations plus ou moins élaborées, souvent spécifiques, mais souples. Ces organisations peuvent se remanier* » (177).

Le choix a été fait de construire la grille en s'inspirant des trois organisations principales décrites. Nous l'avons évoqué précédemment, chez l'enfant, Bergeret individualise d'autres organisations : les organisations psychopathiques et perverses et les organisations psychosomatiques. Bergeret explique que certains auteurs les intégreraient dans ce qu'il nomme les « *organisations indifférenciées de type anaclitique* » qui correspondraient aux « *états limites* » (177).

L'organisation psychotique se caractérise « *par l'indistinction entre le sujet et l'objet, par l'absence des limites du moi, par l'indistinction entre pulsion, fantasme et réalité* » (177).

La relation d'objet est fusionnelle. Bergeret explique que le psychotique ne perçoit pas de différence entre lui et son entourage et perçoit les échanges comme une « *expansion de son être* ». Il y a « *fixation et non dépassement du registre pré-objectal* » (177).

Les angoisses sont préférentiellement des angoisses de morcellement. Elles sont définies comme des angoisses « *sinistre(s), de désespoir, de repli et de mort* » qui menacent l'intégrité du sujet (177).

Les principaux mécanismes de défenses psychotiques sont le déni d'une partie de la réalité, la projection et l'identification projective.

#### L'organisation névrotique

La réalité est globalement perçue sans confusion entre le dedans et le dehors, soi et autrui.

La relation d'objet est une relation d'objet génitale. L'autre est reconnu dans sa différence avec ses désirs propres, différenciés de ceux du sujet. La dynamique névrotique s'articule autour du dépassement de la crise œdipienne avec la mise en place et l'intégration de la différence des sexes et des générations, la triangulation et la conflictualisation des relations (177).

Le conflit œdipien repose sur la rivalité envers le parent du même sexe et le désir pour le parent du sexe opposé.

Ce conflit se situe entre le désir et son interdiction. L'enfant renonce alors à ses pulsions sexuelles qui sont alors refoulées. L'interdiction est intériorisée permettant la constitution du « *Surmoi* ». Quand le refoulement échoue, les symptômes émergent (177).

Les angoisses sont des angoisses de castration et de culpabilité.

Les mécanismes de défense principaux sont le refoulement, la formation substitutive, la formation de compromis, la formation de symptômes, la formation réactionnelle, l'annulation, la dénégation.

Chez l'enfant, Bergeret, explique que « *des signes de la lignée névrotique apparaissent à un moment quelconque d'un développement par ailleurs normal. A l'opposé, on rencontre (...) assez rarement, des organisations névrotiques fixées (...) ce sont les névroses de l'enfant. (...) Entre ces deux possibilités extrêmes, s'insère la névrose infantile, quasi physiologique, qui serait un moment fécond et quasi obligatoire au développement normal* » (177).

L'organisation limite

Les états-limites se caractérisent par des failles narcissiques importantes. L'état limite est « *une maladie du narcissisme* » dit Bergeret : il y a un manque « *d'intégrité narcissique fondamentale* » (177).

L'enfant qui avait jusque-là une évolution normale est confronté à un traumatisme affectif, sous la forme d'un « émoi pulsionnel » auquel il n'a pas encore la capacité d'y faire face. Son Moi est encore « *trop immature* » et « *inorganisé* » (177).

L'enfant est confronté « *trop précocement, trop brutalement et trop massivement (...)* à des données œdipiennes » et intègre alors cette expérience « *du côté des frustrations et des menaces pour son intégrité narcissique* » (177). Son évolution libidinale se fige.

L'Œdipe est « *mal abordé* » et n'est donc pas organisateur.

Bergeret explique « *l'état limite demeure dans une situation seulement aménagée* » mais non structurante (141).

La relation d'objet n'est pas une relation d'objet génitale, elle est dite anaclitique.

C'est une relation de grande dépendance à l'autre avec une quête permanente d'étayage et une incapacité à supporter la solitude. Bergeret explique « *il s'agit d'être aimé de l'autre, le fort, le grand, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct et à la fois en s'appuyant contre lui* » (177).

L'angoisse est dépressive, c'est une angoisse de perte d'objet ou d'abandon.

Les défenses sont le déni de la dépendance et de l'agressivité, le clivage, l'étayage, l'idéalisation et l'identification projective.

### 3. Présentation des cas cliniques

#### a. Cas clinique n°1 : Paul

Paul est âgé de 10 ans. Il est de corpulence normale pour son âge, a les yeux et les cheveux clairs. C'est un garçon apparemment plutôt calme, qui parle avec aisance en utilisant souvent un vocabulaire ressemblant à celui d'un adulte. Il semble faire très attention à ce qu'il dit et semble essayer de satisfaire les attentes (telles qu'il les imagine) des personnes à qui il s'adresse.

L'équipe de l'URSAVS a été sollicitée par l'équipe de l'ITEP et du SESSAD qui interviennent dans la situation de Paul.

#### Mode de vie :

Paul est l'aîné d'une fratrie de trois garçons. Le deuxième a 7 ans et le dernier est âgé de 3 ans et demi.

La mère de Paul a eu deux Interruptions Volontaires de Grossesse : une avant d'avoir ses enfants et une après son dernier fils. Elle a également fait une fausse couche avant d'avoir Paul.

Son père est atteint d'une maladie dégénérative qui le handicape physiquement et se déplace en fauteuil roulant. La mère de Paul a arrêté son travail et est auxiliaire de vie de son mari.

Récemment, les parents de Paul ont décidé de se séparer et le père a quitté le domicile.

Au moment de la passation du M.I.N.I-Kid et du dessin de famille, ils étaient encore ensemble.

Paul est scolarisé en CM1. Il bénéficie d'une Aide de Vie Scolaire. Il a redoublé la grande section de maternelle.

### Antécédents pédopsychiatriques et psychologiques

Une prise en charge avait été amorcée au CMP de secteur il y a plusieurs années mais le suivi se serait interrompu.

Paul présentait un retard de langage. Il a bénéficié d'une prise en charge orthophonique de ses 4 à 6 ans pour des difficultés de prononciation.

Il a bénéficié d'un suivi en psychomotricité jusqu'en 2015.

Un diagnostic de TDAH a été posé en 2015 par un neuropédiatre. Nicolas a été traité par Ritaline pendant 6 mois puis le traitement aurait été arrêté devant une amélioration de la symptomatologie.

En 2016, un WISC a été réalisé et évalué un QI Total homogène à 81.

Paul a été suivi par le SESSAD et l'ITEP de juin 2015 à début 2018 selon diverses modalités : observation en milieu scolaire, visite à domicile, suivi psychologique et activités en groupe.

Un relais sur le CMP ou un CMPP est actuellement en projet.

Le frère de Paul âgé de 7 ans bénéficie d'une prise en charge en orthophonie. Il présente également des troubles du comportement importants ayant débuté à un jeune âge dont des CSP à l'école.

Son plus jeune frère présenterait un retard de développement.

Le père de Paul souffrirait de dépression et d'alcoolisme.

Comportements Sexuels Problématiques et mesures sociales, éducatives et judiciaires :

Paul manifesterait des comportements sexuels problématiques depuis ses 4 ans.

A l'école, il aurait des CSP régulièrement.

Il y a environ un an, Paul a révélé à l'équipe du SESSAD qu'il aurait eu des comportements sexuels agressifs envers ses frères. Il a exprimé être envahi par des pensées de caractère sexuel. Par ailleurs, il a montré une attirance pour les petits garçons.

Un signalement a été envoyé au procureur de la république.

Depuis 2014, la famille bénéficie d'une mesure AEMO qui est toujours en cours pour le dernier enfant.

Les deux aînés de la fratrie sont placés en famille d'accueil depuis novembre 2016 à la demande des parents qui ont mis en avant les troubles du comportement de leurs enfants. Par ailleurs, Paul et son frère auraient fugué régulièrement du domicile lorsqu'ils vivaient avec leurs parents, conduisant ces derniers à mettre des cadenas aux fenêtres et aux portes.

Paul est placé dans la même famille d'accueil depuis octobre 2016.

Dans cette famille, Paul aurait eu des comportements sexuels agressifs envers la fille de l'assistante familiale.

Par ailleurs, l'attitude de cette dernière envers Paul inquiétant les professionnels, il a été décidé de changer Paul de famille d'accueil.

Ainsi, au cours de notre évaluation, il change de famille d'accueil. Il est accueilli la semaine chez cette nouvelle assistante familiale et va un week-end sur deux, dans une autre famille qui, elle, n'a pas changé.

Paul va donc changer d'école pour l'année de CM2.

Le deuxième garçon de la fratrie est également placé selon des modalités identiques mais dans des familles différentes.

Les deux garçons bénéficient de visites médiatisées régulièrement avec leurs parents.

Le cadet est toujours au domicile familial.

Les relations entre l'équipe sociale et éducative en charge du placement et les parents sont tendues. Les parents auraient fait appel à une association de défense des droits des parents.

Récemment, Paul a révélé qu'il aurait subi des maltraitances psychologiques et physiques dans sa première famille d'accueil.

#### Antécédents de maltraitance et exposition à la pornographie et à la violence

En 2014, un signalement est fait par l'école devant des troubles du comportement. Un bilan médical est réalisé dans un contexte de suspicion de maltraitance. Paul présente alors de nombreux antécédents de traumatismes physiques.

Lors des consultations, Paul révèle s'être fait agresser sexuellement par un garçon plus âgé au centre aéré quand il avait 7 ou 8 ans.

Auparavant, Paul avait pu dire qu'il avait été agressé sexuellement par son père puis par deux camarades d'école avant de revenir sur ses propos.

Son frère aurait également révélé avoir subi des agressions sexuelles de la part du père avant de se rétracter.

Concernant l'exposition à la pornographie, il explique que des copains d'école lui aurait montré des vidéos.

Paul aurait été exposé à des jeux vidéo violents au domicile parental dès l'âge de 6 ans.

### Evaluation de l'URSAVS

La médecin sexologue de l'URSAVS et moi avons rencontré Paul à plusieurs reprises avant de lui proposer l'évaluation.

Lors de la première consultation, Paul aborde immédiatement la question de la sexualité. Il a bien en tête qui nous sommes. Il explique être envahi par des pensées à caractère sexuel. Concernant les faits qui se sont produits avec son frère, il nous les décrit et nous explique avoir pris du plaisir. Il nous dit avoir menacé son frère pour que celui-ci ne parle pas. Il nous explique se masturber régulièrement seul dans sa chambre, notamment le dimanche soir avant de retourner dans sa famille d'accueil (la première).

Son discours est souvent en décalage avec celui attendu pour un enfant de son âge et nous semble plaqué sur celui des adultes. Paul ne laisse paraître aucun affect.

Paul est très attentif au discours de la médecin sexologue. Il participe activement et a le souci de répondre correctement aux questions qu'on lui pose.

Sur le plan pédopsychiatrique, nous ne retrouvons pas d'élément en faveur d'un trouble de l'humeur caractérisé ni d'élément en faveur d'un trouble psychotique. Paul rapportait uniquement des troubles du sommeil et des cauchemars environ une fois par semaine. Il explique être « accro » aux jeux vidéo.

Paul évoque également avoir été exposé à la pornographie : des copains d'école lui aurait montré des vidéos. Il dira « ça paraît incroyable de faire des choses comme ça ».

A la fin de la consultation, le médecin sexologue lui propose de revenir rapidement le voir. Paul accepte, il est en demande d'aide.

Lors de la deuxième consultation, Paul est accompagné de sa première assistante familiale. En présence de cette dernière, Paul est plus inhibé et manifeste une grande tension interne.

Lors de la deuxième partie de consultation, il révélera avoir été victime d'une agression sexuelle par un adolescent deux ans auparavant.

Lors des consultations suivantes, Paul arrive en nous racontant des blagues comme pour faire diversion. Lorsque nous abordons l'agression dont il aurait été victime, Paul en parle mais, après quelques minutes, demande « *est-ce que on peut arrêter d'en parler s'il vous plaît ?* ». Phrase qu'il utilisera ensuite régulièrement lorsque des sujets difficiles pour lui seront abordés.

Après quelques consultations, il expliquera ne parler de ses pensées sexuelles que dans le cadre de nos consultations. Il dira d'ailleurs n'être plus envahi par ces pensées. L'assistante familiale, qui accueille Paul depuis peu, a remarqué qu'il avait tendance à beaucoup manger « *comme s'il avait peur de manquer* ». Paul présenterait une instabilité motrice, des manifestations anxieuses, et des troubles du sommeil.

Il respecterait le cadre éducatif fixé mais viendrait s'assurer de sa solidité régulièrement. L'assistante familiale décrit un besoin récurrent d'être rassuré, un manque d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, une immaturité psycho-affective et des difficultés à gérer la frustration ou l'échec.

Elle nous signale également que Paul a quitté l'école à deux reprises le midi alors qu'il devait rester à la cantine. Paul est toujours rentré à l'heure pour la reprise des cours.

Il nous expliquera qu'il voulait « *prendre l'air tout seul* ». Lors d'une de ces sorties, il s'est rendu chez une amie de sa mère.

Concernant le changement de lieu de placement, Paul exprime de la colère et de l'incompréhension. Pourtant, rapidement, il s'apaise et semble trouvé ses repères dans la nouvelle famille d'accueil.

### M.I.N.I.-Kid

Pendant la passation, Paul reste assis et attentif. Vers la fin des questions, il demande s'il reste beaucoup de questions mais continue de répondre sans montrer de résistance.

Il écoute attentivement et répond aux questions sérieusement et se limite aux réponses fermées attendues.

Au total, la passation met en évidence un « *trouble panique vie entière sans agoraphobie* ». Le M.I.N.I.-Kid est négatif pour tous les autres modules proposés.

### Dessin de famille

Je propose ensuite à Paul de dessiner une famille.

Aussitôt Paul me répond « *Ah* », prend le crayon à papier et dessine. Il me dit « *je fais comme ça vite* ». En haut de la feuille, dans le sens de la hauteur, il dessine 4 bonhommes souriants : de gauche à droite, un grand bonhomme qui tient par le bras un plus petit bonhomme qui tient un petit bonhomme qui tient un autre petit bonhomme. Pour chaque bonhomme, les membres sont représentés par des bâtons sans extrémités, le tronc par un ovale et le visage par un rond. Les personnages ont tous

deux yeux représentés par des ronds et un sourire. Les personnages les plus grands ont un cou en demi-cercle et un nez au milieu de la figure. Les plus petits n'en ont pas. Rapidement, Paul lève la tête et me dit « *Voilà* ».

Je lui demande alors de raconter une histoire. Paul m'explique « *ils sont en train de faire une fête, de s'aimer et de partager des moments ensemble* ». Il dessine alors un cœur qui englobe tous les personnages. Il m'explique que le cœur veut dire qu'« *ils s'aimaient à la folie* ». Je lui demande ce que ça veut dire. Il répond « *ça veut dire beaucoup, beaucoup, beaucoup* ».

J'interroge Paul sur la fête. Il m'explique qu'il s'agit de la fête de Noël et ajoute des cadeaux autour des personnages dans le cœur. Enfin, je lui demande ce qu'il se passe ensuite. Il me répond « *Après, ils s'endorment et c'est le lendemain matin* ». Il arrête ici son histoire et nous terminons le rendez-vous.

Pendant la passation du dessin de famille, Paul a une présentation tonique adaptée, les capacités visuo-perceptives sont satisfaisantes et aucun aménagement du dispositif n'est nécessaire.

Je n'ai pas eu besoin de répéter la consigne et le temps de latence était inférieur à deux minutes.

Paul a dessiné sur la feuille en hauteur. Son trait est ajusté et continu. Il a utilisé uniquement le crayon à papier.

Sur un plan développemental, les personnages dessinés par Paul correspondent à des bonhommes type avec tronc.

Paul a bien représenté la différence des générations mais la différence des sexes n'apparaît pas. Des éléments de décor sont présentes : Paul a dessiné les cadeaux pour symboliser Noël et un cœur pour l'amour. Il existe un arrière-plan.

Le thème global choisi est « *une famille qui s'aime* ». Au moment de la narration, nous constatons une élation hypomaniaque (« *une famille qui s'aime à la folie. Beaucoup, beaucoup, beaucoup* » avec un processus probable d'idéalisation -de la famille)

Les capacités de scénarisation sont de bonne qualité au début de la narration mais Paul a besoin d'être soutenu ensuite.

Nous retrouvons une organisation du scénario complète avec une situation initiale, une problématique intercurrente et un temps de résolution.

Lors de la passation, la relation à l'examineur est fluctuante tantôt évitante, tantôt anaclitique.

L'angoisse prévalente est une angoisse de perte d'objet et la relation d'objet est de type anaclitique. Les mécanismes de défense sont le clivage (dans la relation) et probablement la formation réactionnelle.

L'hypothèse est faite d'une organisation de type état-limite abandonnique.

La présence d'éléments symbolisés est en faveur de la possibilité d'un travail psychothérapeutique.

#### Poursuite de la prise en charge :

Les consultations suivantes, Paul investit l'espace thérapeutique notamment à travers des supports ou des livres. Petit à petit, il ramène des choses en consultation (une feuille avec le nombre d'habitants des villes de la région, un livre, un jeu de société, etc). Il semble parler plus spontanément et s'anime. Cependant, il propose systématiquement de changer le cours de nos échanges (en proposant un jeu par exemple) lorsque des sujets plus difficiles sont abordés. Il semble toujours faire attention à ses propos.

Depuis peu, Paul bénéficie de visites médiatisées au domicile en présence de sa mère et ses deux frères. Paul explique qu'il est très content de revoir ses frères et exprime de l'affection pour eux. Cependant, les relations avec son frère de 7 ans sont régulièrement conflictuelles au domicile.

Paul est informé de la séparation récente de ses parents. Il exprime de la tristesse par rapport à la situation. Il nous explique ne pas avoir vu son père depuis plusieurs mois. Il peut dire qu'il souhaite retourner au domicile familial.

Lors d'un entretien, Paul nous expliquera en « *avoir marre de se mettre en colère* » et nous demandera un traitement. Lors de la consultation suivante, nous aborderons avec lui la gestion des émotions.

Actuellement, Paul est en attente d'une prise en charge sur un CMP ou un CMPP. Le suivi par l'URSAVS se poursuit.

#### b. Cas clinique n°2 et n°3 : Alexis et Louis

Alexis et Louis sont frères. Une demande a été faite à l'URSAVS a été faite pour l'ensemble de la fratrie soit 6 enfants âgés de 7 à 15 ans.

##### Mode de vie :

Alexis est le deuxième enfant de la fratrie. Il a 13 ans. Louis est le 5<sup>e</sup> enfant. Il a 9 ans. Leurs parents sont séparés. D'une autre union, leur mère a eu une petite fille âgée de 3 ans. Elle est séparée du père de cette enfant et vit actuellement avec un nouveau compagnon.

Elle est en recherche d'emploi. Elle a le niveau d'un CAP petite enfance mais n'a pas eu le diplôme. Elle souhaite se reconvertir dans la pâtisserie.

Le père d'Alexis et Louis est actuellement incarcéré *pour « actes de torture et de barbarie », « vol, extorsion » et « séquestration »*. Ces faits ont été commis sur un adulte. Les enfants ont été témoins de la scène.

Leur mère a été condamnée pour *« non-assistance à personne en danger »*.

Les enfants auraient frappé la victime à la demande de leur père.

Tous les enfants sont placés en famille d'accueil ou en foyer. Seule, leur demi-sœur de 3 ans vit au domicile maternel.

Les enfants bénéficient de visites chez leur mère le week-end end et pendant les vacances.

Le couple parental s'est rencontré lorsque Madame avait 17 ans et Monsieur quelques années de plus.

Les relations du couple sont émaillées par les disputes. Madame explique que Monsieur était très violent envers elle et ses deux fils aînés. Madame a fait deux fausses couches entre son premier et son deuxième enfant.

La séparation est actée à la naissance de leur dernière fille, monsieur ayant une nouvelle compagne.

Madame a rompu les liens avec ses parents et les a recontactés au moment de la séparation. Ces derniers sont très présents auprès de leur fille et la voit plusieurs fois par semaine.

Madame a été reconnue par son beau-père lorsqu'elle était enfant et n'a appris que récemment que ce dernier n'était pas son père biologique.

## Parcours social de la fratrie, maltraitance et exposition à la sexualité

La fratrie a bénéficié d'une mesure d'AEMO à partir de 2011 suite à des rapports faisant état de « *conditions de sécurité et d'hygiène déplorables* », « *sans suivis médicaux et scolaires réguliers* ».

En 2013, le père est incarcéré provisoirement.

En 2015, Il est condamné à une peine de prison de 9 ans et la mère à une peine d'un an d'emprisonnement avec sursis.

En 2014, les responsables de la mesure d'AEMO signalent au procureur de la république les conditions de vie des enfants au domicile de la mère. A cette période leur mère est enceinte de sa dernière fille et vit avec le père de celle-ci.

Les enfants sont placés. Ils font part de violence physique et verbale de la part du compagnon de leur mère.

Dans leurs lieux d'accueil respectifs, ils révèlent des comportements sexuels problématiques ayant eu lieu entre eux. Alexis expliquera avoir vu ses parents et son beau-père avoir des relations sexuelles.

La mère démentira.

Le juge des enfants ne se saisit pas du dossier sur le plan judiciaire et préconise des mesures éducatives.

Un nouveau signalement est réalisé devant de nouveaux éléments rapportés par les enfants auprès des personnes les accompagnant sur le plan social et psychologique.

Les enfants rapportent des CSP entre eux qui auraient eu lieu à plusieurs reprises. Ils auraient prévenu leur mère et leur père qui les auraient punis. Leur mère admet finalement les avoir surpris à plusieurs reprises et avoir été informée par ses enfants.

Alexis expliquera avoir vu son père et sa conjointe de l'époque avoir eu des relations sexuelles.

Jusqu'à l'été 2016, les enfants ont des visites médiatisées au parloir avec leur père. Ces visites sont suspendues ensuite, les enfants en sortant particulièrement perturbés. A partir de l'été 2017, leur mère obtient un droit de visite et d'hébergement. Très récemment, une des sœurs de la fratrie a révélé avoir été agressée sexuellement par son père. Un signalement a été fait et la mère a été informée. Elle se dit prête à porter plainte.

### Antécédents psychologiques et psychiatriques de la famille

Plusieurs enfants de la fratrie ont souffert d'encoprésie.

L'aîné de la fratrie est suivi ponctuellement par un psychiatre. Il a des antécédents d'encoprésie et d'énurésie.

Il rencontre la médecin sexologue de l'URSAVS régulièrement.

Une de leurs sœurs, 4ème de la fratrie, présente une symptomatologie post traumatique bruyante avec des reviviscences, des cauchemars, une instabilité psychomotrice majeure notamment. Elle bénéficie d'une prise en charge multidisciplinaire en CMP (psychomotricité, psychothérapie et rendez-vous avec le psychiatre). Elle est traitée par un neuroleptique de seconde génération.

Elle voit régulièrement la médecin sexologue de l'URSAVS.

La dernière de la fratrie souffre d'énurésie. Elle n'a pas de suivi psychiatrique ou psychologique.

A sa sortie d'incarcération, leur mère a eu un suivi de 6 mois imposé par la justice qu'elle n'a pas poursuivi ensuite.

Leur père aurait fait deux tentatives de suicide au début de son incarcération.

### **Cas clinique n°3 : Alexis**

Alexis est décrit par sa mère comme « *une copie conforme* » de son père.

Lors des rencontres avec l'équipe du CMP et l'équipe sociale, nous apprenons qu'Alexis est un garçon qui a des troubles du comportement importants à l'école et dans la famille d'accueil. Il se mettrait régulièrement en danger, ne tiendrait pas compte du cadre éducatif.

En 2016, il agresse sexuellement une jeune fille vulnérable accueillie dans la famille d'accueil.

L'accueil dans la famille d'accueil prend fin et Alexis est pris en charge dans un foyer à partir de l'été 2017. Il est décrit comme immature et vient régulièrement mettre à mal le cadre éducatif.

Il s'identifie à son père et demande à pouvoir le voir. Alexis aurait bien intégré les notions de bien et de mal mais ne les prendrait pas en compte.

### **Antécédents psychologiques et psychiatriques :**

Alexis présente des troubles du comportement et des difficultés de concentration. Il est suivi par un pédopsychiatre, une psychomotricienne en CMP et une orthophoniste. Il a eu un suivi psychologique qui s'est arrêté suite à la mutation de la professionnelle. Il bénéficie d'un traitement par un neuroleptique de seconde génération dans le cadre de troubles du comportement.

Le pédopsychiatre identifie une dépression de l'enfant et des reviviscences traumatiques. Les fonctions instinctuelles sont conservées.

Au vu des rencontres avec l'équipe en charge d'Alexis, nous proposons de le rencontrer.

## Evaluation de l'URSAVS

Quelques mois après, l'évaluation débute : Alexis rencontre un médecin psychiatre de l'URSAVS à plusieurs reprises. Celle-ci s'est étonné de la maturité du discours d'Alexis. Elle ne repère pas de trouble pédopsychiatrique et décrit un enfant bien investi dans sa scolarité et les relations avec ses pairs. Il n'a plus de CSP ni de préoccupations d'ordre sexuel.

Il est actuellement en 5<sup>e</sup> SEGPA et a de bons résultats scolaires. Il reçoit même les félicitations en fin d'année compte tenu de ses progrès tant au niveau des performances que de son comportement.

Par ailleurs, il investit particulièrement son cours de judo.

Il se projette dans l'avenir. Il souhaiterait avoir une grande maison avec des enfants et voir sa famille tous les jours. Il aimerait travailler avec des animaux.

Je rencontre donc Alexis une première fois avec la psychiatre de l'URSAVS chargée de son évaluation.

Alexis parle de sa vie quotidienne. Il nous raconte ne plus vouloir voir son père car un incident se serait produit lors de la dernière visite. Il dit se sentir mieux. Il décrit un bon cercle de copains et explique aimer faire des figures en BMX.

Il montre de l'empathie pour ses camarades.

A la fin du rendez-vous, la psychiatre lui propose que je revienne pour lui faire passer le M.I.N.I.-Kid et le dessin de famille. Alexis est d'accord et nous prévoyons une date.

Lorsque je reviens voir Alexis, il ne se souvient plus ce qui est prévu mais se montre très compliant. Alexis est bavard et curieux. Il est en recherche de lien. Avant de commencer, nous discutons de sa vie quotidienne à l'école et au foyer.

### M.I.N.I.-Kid

La passation va prendre du temps car Alexis va régulièrement ponctuer ses réponses de précisions ou d'anecdotes, dont la véracité n'est pas toujours certaine. Alexis m'explique notamment qu'il fait des cauchemars sur les clowns tueurs en lien avec un film récent sorti au cinéma, « ça » adaptation d'un roman de Stephen King. Il me raconte ensuite qu'un jour en allant chez sa mère, un clown tueur avec une tronçonneuse l'aurait poursuivi. Je lui demande de préciser s'il s'agit d'un cauchemar ou de la réalité. Il me confirme que ce n'était pas un cauchemar et ajoute des détails. Je ne mets pas en cause sa parole mais me permets de montrer mon scepticisme. Il adapte alors son récit et nuance tout en persistant sur la présence d'un « *faux clown* » le pourchassant. Alexis répond régulièrement positivement aux questions et semble en recherche d'attention.

Lorsque nous arrivons au module "*État de stress post traumatique*", Alexis me parle spontanément de l'agression pour laquelle son père est incarcéré. Il me décrit notamment des reviviscences importantes, une hypervigilance, des troubles de la concentration. Alexis en parle de manière relativement détachée, témoignant d'une discordance affective, pouvant faire penser à une dissociation traumatique. Alexis peut dire qu'il se sent régulièrement énervé ou de mauvaise humeur.

Le M.I.N.I.-Kid est positif pour un épisode hypomaniaque passé ainsi qu'un état de stress post traumatique. L'item anxiété généralisée est également positif mais

semble rentrer dans le cadre du PTSD.

Alexis présente également des éléments en faveur d'un TDAH type inattention prédominante.

Je lui propose en suite de faire le dessin de famille.

### Dessin de famille

A l'énoncé de la consigne, Alexis me répond « *j'en connais pas de famille* ». Après réflexion, il me dit qu'il connaît celle d'une copine de sa mère et commence à dessiner avec le crayon à papier.

De gauche à droite, sur la feuille en largeur, il dessine une mère et quatre enfants. Il se trompe au troisième. Il me fait remarquer qu'il n'y a pas de gomme et fait semblant de cracher. Finalement, il barre.

Il finit par dessiner un père tout à gauche de la maman.

Je lui énonce la deuxième consigne. Alexis me dit « *c'est la famille d'un copain à maman* ». Avec mon aide, il raconte « *la mère et le fils vont faire les courses à Intermarché. Le père, le moyen et le grand font du foot à City Stade. Ils rentrent chez eux et ils mangent. Les enfants vont se laver et au lit. Les parents vont se laver après, regardent la télé et vont dormir* ».

A la fin de son histoire, nous nous disons au revoir.

Pendant la passation, Alexis a une posture tonique ajustée et s'appuie sur des capacités visuo perceptives satisfaisantes.

Il répond à la consigne rapidement sans avoir besoin que je lui répète. Aucun aménagement du dispositif n'a été nécessaire.

Alexis dessine sur la feuille en largeur. Sa production graphique occupe moins de 75% de l'espace de la feuille. Alexis utilise uniquement le crayon à papier et son trait est continu et appuyé.

Lors de l'analyse du contenu graphique, nous retrouvons deux niveaux développementaux : les personnages dessinés ont des caractéristiques du bonhomme type avec tronc mais également du bonhomme stylisé (bonhomme bâton) de l'adolescence.

Alexis a bien représenté la différence des sexes et la différence des générations mais n'a pas fait d'éléments de décor ni d'arrière-plan. Il n'a pas non plus représenté d'éléments symbolisés. Alexis a choisi de représenter la famille d'une copine de sa mère, famille qui existe dans la réalité mais n'est pas la sienne. Il existe une mise à distance.

Pour la narration, Alexis a besoin de mon aide pour démarrer son récit. Il décrit uniquement un déroulé d'actions sans évocation du contenu émotionnel ce qui oriente vers une pensée opératoire.

Deux hypothèses peuvent l'expliquer : Alexis fait le choix d'éviter le contenu émotionnel ou il n'est pas capable d'y avoir accès.

Son récit comporte une situation initiale, une problématique intercurrente et un temps de résolution.

La relation à l'examineur pendant la passation est de type anaclitique.

Alexis manifeste des mécanismes de défense type clivage (notamment dans la relation) et de dénégation. La formation réactionnelle se questionne (dessine la famille d'une copine de sa mère à la place de la sienne ?)

La passation oriente vers une angoisse de perte d'objet et une relation de type anaclitique. Nous pouvons conclure à une organisation de type état-limite avec un

surinvestissement de la réalité externe. Il existe un mouvement de répression pulsionnel interne, un évitement d'investir une relation personnalisée et un investissement narcissique / dévitalisation.

A la fin du rendez-vous, Alexis souhaite me montrer « *une expérience* » que son pédopsychiatre lui a montré. Il dessine un point sur une feuille et me demande de me cacher un œil. Il rapproche ensuite la feuille de mon visage. A une certaine distance, je ne vois plus le point. Alexis semble particulièrement content d'avoir pu me montrer cela. Nous nous disons au revoir.

#### **Cas clinique n°4 : Louis**

Louis vit en famille d'accueil. Cette famille est composée de l'assistante familiale, son mari et leur fils de 20 ans. Il est dans cette famille depuis deux ans et demi. Il était accueilli dans une autre famille avant mais il aurait demandé à changer. A priori, il existait des rivalités très fortes avec un autre enfant placé, d'un âge voisin de celui de Louis.

Une de ses sœurs vient le week-end en relais dans la famille qui l'accueille. Aucun incident n'est rapporté par l'assistante familiale.

Il est actuellement en classe de CE2 et passe en CM1 en septembre. Ses résultats scolaires sont fluctuants.

#### **Antécédents psychologiques et psychiatriques :**

Louis a présenté une encoprésie qui s'est amendée depuis. Il aurait eu des comportements violents à l'égard d'autres enfants à l'école et sur le lieu de placement. Il a également manifesté des CSP.

Louis a un suivi par une orthophoniste et par la psychologue d'une association d'aide aux victimes depuis deux ans. La psychologue a changé à plusieurs reprises et les rendez-vous ont lieu tous les mois et demi.

Je rencontre Louis à la demande des référents sociaux. Une de mes collègues l'avait rencontré quelques mois auparavant pour réaliser une évaluation. Aucune orientation n'avait alors été préconisée.

Depuis, Louis présente des troubles du comportement à l'école, au cours des activités extra scolaires et dans sa famille d'accueil. L'assistante sociale référente de la situation nous demande donc de réévaluer Louis et de juger de la nécessité d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique.

### Évaluation de l'URSAVS

#### *Premier entretien :*

Lors de notre première rencontre, j'accueille Louis et son assistante familiale. Celle-ci me le décrit assez négativement et fait l'inventaire de ses frasques. La dernière en date : il aurait insulté l'adulte qui s'occupe de la garderie après l'école. Elle sous-entend qu'il serait manipulateur. Pendant ce temps, Louis se tait et ne dit rien. Elle m'explique que l'évocation de ces événements doit le contrarier.

Elle ajoute que la semaine précédente il s'est confié à elle et l'assistante sociale : il leur a expliqué que la TISF (Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale) qui intervient au domicile de sa mère ressemble à l'ancienne copine de son père. Cette copine avait assisté aux faits pour lesquels Monsieur est en prison. Louis semble très perturbé d'autant plus que cette dame s'était occupée de la fratrie lorsqu'ils étaient plus jeunes et qu'elle a donc connu leur père.

Par ailleurs, Louis aurait été exclu du foot pour des troubles du comportement mais je n'obtiens pas plus d'information. A contrario, il semble très investi dans le karaté qu'il pratique également.

L'assistante familiale ne rapporte pas de troubles des conduites instinctuelles.

Après m'avoir donné les informations nécessaires, l'assistante familiale sort et me laisse avec Louis.

Aussitôt, l'attitude de Louis change. L'entretien durera plus d'une heure. Louis se révèle être un garçon avec de très bonnes capacités de verbalisation spontanée.

Son discours est clair et fluide. Malgré une spontanéité apparente, il semble choisir soigneusement les informations qu'il me livre.

Rapidement, il explore la pièce qu'il connaît déjà. Il m'explique qu'il a déjà fait des visites médiatisées ici.

J'explique à Louis le cadre de nos rencontres. Nous parlons de sa famille. Louis me parle sans difficulté de ses frères et sœurs et notamment de ceux qu'il a vu récemment chez sa mère. Il décrit des disputes fréquentes avec une de ses sœurs mais également des moments de partage avec elle. Il semble admiratif de ses deux grands frères. Après quelques minutes d'échange, il me dit « *je n'ai pas de sentiment, je suis comme mon père* » Je lui demande de m'expliquer. Louis a entendu l'assistante sociale dire que son père n'avait pas de sentiment. Or, son assistante familiale lui a déjà dit qu'il n'en avait pas. Il a donc fait ce lien. Je reprends avec lui ce que sont les émotions et les sentiments. Nous parlons ensuite de son père. Lorsque j'aborde le sujet, Louis se ferme, il me tourne le dos et cherche dans l'armoire à jeux. Sa voix est plus faible et ses réponses courtes. Le temps de latence est important. A demi-mots, Louis m'explique que son père est en prison pour des actes de violence. Il n'en dira pas plus.

Louis me propose de jouer. Pendant les parties, il est très attentif à l'autre. Il accepte de perdre sans difficulté. Le partage est au premier plan, Louis transforme même le deuxième jeu, compétitif, en jeu coopératif.

J'interroge Louis sur l'événement qui s'est produit à la garderie. Louis a en effet demandé à l'adulte de se taire avec des mots vulgaires suite à un vécu très fort d'injustice.

A la fin de ce premier entretien, je propose à Louis le dessin de famille.

Je choisis de débiter par le dessin contrairement aux autres cas cliniques compte tenu du jeune âge de Louis et de la durée de l'entretien.

#### Dessin de famille :

Je dis la consigne à Louis.

Aussitôt, il me demande « *Une famille comment ? grande ? (en faisant la largeur de sa feuille avec ses mains) de 10 ? 20 ?* ». Je lui dis qu'il peut faire ce qu'il veut. Il ajoute « *je sais pas dessiner, je dessine mal* ». Je le rassure.

Il prend le crayon à papier et commence à dessiner tout en m'expliquant ce qu'il dessine : « *deux ados et deux petits, un qui a 10 ans et un qui a 5 ans* ». Il a dessiné en bas de la feuille en largeur, deux petits bonhommes bâtons avec des mains puis un plus grands puis deux moyens.

Louis me dit « *je vais lui mettre un pantalon sinon ça va pas aller* » et il entreprend de faire des vêtements à ses bonhommes. Il m'explique alors avoir vu un film dans lequel une femme était nue dans le train devant des personnes âgées. Je reconnais le film qu'il décrit (« *Le nom des gens* ») dans lequel le personnage féminin principal sort de chez elle, très pressée et en oublie de se rhabiller. Elle arrive nue dans le métro et

ne s'en rend compte qu'une fois assise en face un couple de personnes âgées. Louis me raconte que « *son mari la retrouve et lui donne son manteau* ». La scène semble avoir beaucoup amusé Louis.

Louis poursuit spontanément l'explication de son dessin : « *ça, c'est leur mère (en montrant le plus grand personnage) et y'a pas de papa* ». Nous discutons alors de la possibilité de faire un enfant sans papa. Louis me dit qu'à l'école il y a un couple de parents qui sont deux femmes. Il ajoute qu'il a vu à la TV que les femmes pouvaient faire des bébés seules. Il n'en sait pas plus quant à la façon de faire les bébés mais sait que le bébé grandit dans le ventre de la mère.

Louis semble avoir terminer. Il me demande « *c'est pas grave s'il n'y a pas de couleur ? Je fais au crayon de bois.* »

Il revient alors sur le fait que les enfants n'auraient pas de papa. Il m'explique que les trois grands ont un papa et le plus petit un autre papa mais que les pères ne sont pas là.

Après m'être assurée qu'il avait bien terminé son dessin, j'énonce à Louis la deuxième partie de la consigne. Immédiatement, il se trouve en difficulté et me répond : « *rien* » et précise « *j'aime lire les histoires mais je n'aime pas écrire des histoires* ». J'essaie de le soutenir afin de débiter un récit mais Louis se ferme. Je n'insiste donc pas.

Nous continuons l'entretien quelques minutes avant d'aller retrouver l'assistante familiale. Quand je lui dirai qu'effectivement Louis est un petit garçon intelligent qui se soucie des autres, elle me dira « *ça, c'est ce qu'il a bien voulu vous montrer !* ». Nous fixons un deuxième rendez-vous.

Au cours de la passation, Louis a une présentation posturo-clonique adaptée. Le temps de latence est inférieur à deux minutes, la répétition de la consigne et l'aménagement du dispositif ne sont pas nécessaires.

Louis a utilisé la feuille en largeur. Son dessin occupe moins de 75% de l'espace de la feuille. Il utilise uniquement le crayon à papier et le trait est ajusté et continu.

Concernant le contenu graphique, le dessin de Louis est interpellant : des éléments du bonhomme têtard sont retrouvés (mains en forme de soleil) et coexistent avec des éléments stylisés (bonhommes bâtons). La différence des sexes n'est pas clairement marquée contrairement à celle des générations.

Louis n'a pas dessiné de décor ni d'arrière-plan. Il n'y a pas d'élément symbolisé.

Nous notons que Louis a ajouté des vêtements sur ses personnages dans un second temps qui sont des éléments renvoyant au narcissisme. Il n'en a dessiné que les contours laissant apparaître le « squelette » en transparence questionnant l'intégration des limites dedans/dehors.

Le contenu verbal est divisé en deux temps : celui de la verbalisation spontanée de Louis lorsqu'il dessine puis celui de la demande de narration.

Nous constatons une tendance générale à la répression. Louis se sert de références cinématographiques partagés par l'adulte. La question se pose alors quant à l'utilisation de ces références. Louis s'en sert-il pour mettre à distance la situation projective ? S'agit-il d'une formation de compromis ou fait-il un lien entre le film et sa propre histoire ? (Pour rappel : le film parle d'une jeune femme ayant des relations sexuelles avec des hommes « *de droite* » pour les convertir aux idées politiques de

gauche. Au cours du film, elle révèle avoir été agressée sexuellement par son professeur de piano lorsqu'elle était enfant.)

Louis refuse de raconter une histoire lorsque je lui demande. Après une deuxième tentative, il se ferme. Je respecte son silence.

La relation à l'examineur pendant la passation est étonnamment adaptée notamment par l'utilisation de références culturelles partagées.

Nous faisons l'hypothèse d'une angoisse de perte d'objet, et d'une relation d'objet anaclitique.

Les mécanismes de défense au cours de la passation sont le clivage et la formation de compromis.

Finalement, nous concluons à 'une organisation de type état-limite en « *faux self* ».

#### *Deuxième entretien :*

Je retrouve Louis deux semaines après pour notre deuxième rencontre. Dans la salle d'attente, il est une nouvelle fois sur la réserve en présence de l'assistante familiale. Attitude qui change dès que nous arrivons dans le bureau. Louis explore la pièce à nouveau et se saisit d'une maison de poupée qu'il vient poser sur le bureau. Nous la regardons ensemble. A nouveau, Louis montre de belles capacités de verbalisation et une vivacité intellectuelle notable. Il me dit que l'assistante familiale lui a dit que s'il me voyait une troisième fois, elle demanderait à ce qu'il soit suivi par un psychiatre. Je lui demande de préciser. Il me dit qu'il ne veut pas voir de psychiatre car il ne veut pas prendre de médicaments. En effet, son assistante familiale lui aurait dit qu'il devrait prendre des médicaments au vu de son comportement. Nous échangeons ensemble

de l'intérêt pour lui d'un suivi rapproché. Je lui explique que je préconiserai un suivi psychologique plutôt que pédopsychiatrique et que mon évaluation ne met pas en avant la nécessité de mettre en place un traitement médicamenteux pour le moment. Pendant cette consultation, Louis me demande si je veux savoir ce qu'il avait raconté à l'assistante sociale et à l'assistante familiale. Je lui dis qu'il peut me raconter s'il en a envie mais que c'est lui qui décide. Après une longue pause, Louis commence à parler. Son débit verbal est plus lent et il bégaié. Il m'explique que la TISF qui intervient chez sa mère lui rappelle l'ancienne compagne de son père. Il sait que ce n'est pas la même personne mais est troublé car cette dame l'a connu petit mais lui ne s'en rappelle pas. Il me parle alors de l'ex conjointe de son père et de l'agression commise par son père dont il a été témoin. Louis décrit des faits d'une violence majeure commise par son père devant ses enfants. Son ex compagne, elle aussi présente, l'aurait encouragée à commettre ces violences. Sa mère aurait été enfermée dans la cuisine par monsieur. Nous en discutons ensemble. Louis s'apaise et reprend un discours fluide et sans bégaiement.

A la fin de l'entretien, je propose à Louis le M.I.N.I.-Kid.

### M.I.N.I.-Kid

La passation est difficile pour Louis, trop longue et rébarbative compte tenu de son âge probablement et de la première partie de cet entretien.

Louis répond par la négative à la plupart des questions pour chaque module. Il ne semble pas répondre pour être vite débarrasser pour autant. Il me dit quand il ne comprend pas la question et écoute les énoncés avec attention.

Le M.I.N.I.-Kid ne retrouve aucun trouble constitué. Un des items pour lequel Louis va donner plus de réponses positives est celui de la phobie sociale : Louis confirme avoir

peur que les gens se moquent de lui et qu'il évite les situations qui l'exposent. Il répond positivement à la question lui demandant s'il est mal à l'aise au point de paniquer, se mettre en colère, pleurer ou se cacher. Enfin, il nuance en répondant négativement à la dernière question lui demandant si cela le gêne beaucoup ou lui cause des problèmes. Louis ne présente pas assez d'éléments au M.I.N.I.-Kid pour conclure à un état de stress post traumatique caractérisé mais il en présente de nombreux symptômes.

A l'issue de la passation, j'explique à Louis que l'évaluation est finie, que je vais préconiser un suivi psychologique régulier et qu'il peut me solliciter si besoin.

#### c. Cas clinique n°4 : Romain

Romain est un jeune adolescent âgé de 13 ans. Il est souriant, poli, très loquace et s'exprime avec aisance.

Il vient seul à l'URSAVS avec son vélo. Il est de taille moyenne pour son âge et a quelques kilos en trop.

Depuis quelques mois, il bénéficie d'une évaluation et d'un suivi spécifique à l'URSAVS. C'est dans ce cadre que je le rencontre.

#### Mode de vie :

Romain est le seul enfant du couple parental. Ses parents se sont séparés un mois après sa naissance. Sa mère a alors quitté le domicile et est partie vivre en foyer. Rapidement, à l'âge de 3 mois, Romain a été placé en famille d'accueil. Il y est resté

jusqu'à 3 ans. A 3 ans, son père, alors en couple avec sa belle-mère, obtient la fin du placement et Romain retourne vivre avec son père.

Son père a eu deux filles avec sa compagne actuelle âgées maintenant de 8 ans et 3 ans.

Romain n'a pas de contact avec sa mère biologique et considère sa belle-mère comme sa mère, il l'appelle d'ailleurs « *maman* ». Il aimerait cependant avoir des nouvelles de sa mère et explique qu'elle aurait fait des séjours en hôpital psychiatrique. Son père est vendeur à domicile et sa belle-mère travaille dans une blanchisserie.

Romain est actuellement scolarisé en 5<sup>e</sup> et pense qu'il va redoubler car sa moyenne est inférieure à 10/20.

#### Antécédents psychologiques et psychiatriques

Depuis plusieurs années, il est suivi dans un centre médico psychologique par une psychologue et par un psychiatre.

Depuis un an environ, il est traité par un neuroleptique de seconde génération et un anxiolytique dans le cadre des troubles du comportement.

#### Comportements Sexuels Problématiques et mesures sociales, éducatives et

##### judiciaires :

Depuis la maternelle, Romain présenterait des troubles du comportement et aurait des propos à caractère sexuel.

Il y a quatre ans, un premier signalement est envoyé au Procureur de la République devant des propos à caractère sexuel et des comportement sexuels problématiques auprès des filles de son école avec menaces verbales et utilisation de la force physique.

Suite à cet écrit, un accompagnement social et éducatif au domicile est mis en place. Il y a deux ans, Romain a révélé avoir agressé sexuellement sa sœur un an auparavant.

Un signalement est rédigé par l'équipe du CMP qui a recueilli les dires de Romain et celui est placé en famille d'accueil dans le cadre d'une Ordonnance de Placement Provisoire.

Une prise en charge éducative dans un centre d'accueil de jour est également mise en place. Romain en bénéficie toujours actuellement.

Il n'a pas l'autorisation d'avoir de contact avec ses demi-sœurs mais bénéficie de visites médiatisées avec son père.

Il y a environ un an, Romain se fait exclure de son collège dans le cadre de comportements sexuels problématiques persistants à l'égard des filles de l'établissement.

A la même période, Romain inquiète l'assistante familiale : il vole des outils, se lève la nuit et vient dans sa chambre. Un changement de lieu de placement est donc décidé et Romain est accueilli dans une nouvelle famille.

Romain a été jugé pour les faits commis sur sa demi-sœur. Il a été reconnu coupable d'agression sexuelle et des mesures éducatives type mesure de réparation sont mises en place.

#### Antécédents de maltraitance sexuelle et exposition à la pornographie

Romain aurait été exposé à des films pornographiques à l'âge de 8 ans chez le beau-père de son père.

Cet homme aurait agressé sexuellement le père de Romain lorsqu'il était enfant.

Aucune plainte n'a été déposée.

Romain aurait été agressé par cet homme et par un ami de ce dernier. Romain a également révélé que sa sœur aurait également subi des agressions sexuelles de la part de ce grand-père par alliance.

### Evaluation de l'URSAVS

A la demande du CMP, un psychiatre de l'URSAVS a rencontré Romain à plusieurs reprises.

Afin de compléter l'évaluation, je le rencontre pour lui proposer un M.I.N.I.-Kid et un dessin de famille.

Pendant l'entretien, Romain semble garder une distance avec moi et ne semble pas s'impliquer dans la relation malgré un contact facile et une verbalisation spontanée abondante.

### M.I.N.I.-Kid

Dans un premier temps, je propose à Romain le M.I.N.I.-Kid. Il accepte immédiatement mais montrera des signes d'impatience vers la fin des questions et une instabilité psychomotrice allant crescendo.

Régulièrement, Romain ponctue ses réponses fermées par des anecdotes personnelles.

Le test lui permet de parler de son goût pour le théâtre et notamment des matchs d'improvisation. Il exprime sa déception de ne plus en faire. Il se lève dans le bureau et me mime alors une situation d'improvisation de laquelle il semble particulièrement fier.

Aux questions concernant le risque suicidaire, Romain m'explique avoir déjà voulu se planter un pic à brochette dans le bras pour se tuer mais ne l'a finalement pas fait. Cet épisode date d'il y a plus d'un an.

Romain décrit des idées de grandeur notamment concernant la force physique, une instabilité motrice et des périodes d'irritabilité importantes qui se sont apaisées après la mise en place du traitement par neuroleptique.

Quelques minutes après, il ajoute qu'avant la mise en place de ce traitement, il était envahi de pensées sexuelles. Il demande alors à aller aux WC et quitte la pièce puis revient avec un verre d'eau.

Il me parle d'une fille de son âge dont il est amoureux. Pendant toute l'école primaire, il explique qu'ils étaient tous les deux amoureux l'un de l'autre. Romain n'est plus au même collège qu'elle et ne l'a pas vue depuis la fin du CM2. Cette jeune fille n'éprouverait plus les mêmes sentiments que lui mais Romain décrit un attachement toujours fort et actuel pour elle.

Lorsque je lui pose les questions concernant la prise de substances, il m'explique avoir déjà fumé du cannabis et, en voyant la liste proposée, hésite sur deux propositions : Cocaïne et Héroïne pour laquelle il me répond « *oui, je sais plus ce que c'est mais peut-être* ».

Concernant sa consommation de cannabis, il précise qu'elle a eu lieu dans son ancienne famille d'accueil mais qu'il ne consomme plus actuellement.

A ce moment, il me dit qu'il a l'impression d'être interrogé par la police. Pour la catégorie concernant l'état de stress post traumatique, Romain me parle de plusieurs événements qui ont été particulièrement marquants pour lui : deux incendies auxquels il aurait assisté, une agression par un homme avec un couteau de pêche et les agressions sexuelles commises par son « *beau* » grand-père et un ami de celui-ci.

Il me précise alors que sa sœur aurait elle aussi été victime de ce « *beau* » grand-père.

Il décrit une diminution de son anxiété depuis quelques mois.

Pour l'item trouble des conduites, qui explore l'année passée, Romain fait de nombreuses réponses positives : il aurait déjà provoqué des bagarres, fait du mal exprès à quelqu'un, menti ou « *arnaqué* » les autres pour obtenir ce qu'il voulait. Il ajoute qu'il a déjà volé un rouge à lèvres pour sa copine lorsqu'il était plus jeune. Par ailleurs, il aurait fait exprès de mettre le feu lorsqu'il était dans son ancienne famille d'accueil. Enfin, il précise que ces comportements ne lui posent pas de problèmes car il se « *cache* ».

A la fin du M.I.N.I.-Kid, des questions explorent la possibilité d'un trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité. Cet item est négatif pour Romain car il répond « *non* » à la question finale « *est-ce que ces problèmes te gênent beaucoup ou est-ce qu'ils te causent des ennuis à la maison ? à l'école ? au collège ? avec tes copains ?* ». Pourtant, il nous semble important de préciser que Romain a répondu positivement à quasiment toutes les questions concernant les troubles de l'attention et de l'instabilité motrice. Ainsi, il rapporte des troubles de la concentration, des fautes d'inattention, des pertes d'objet, une distractibilité, des oublis des gestes de la vie quotidienne. Romain peut également dire qu'il a de grandes difficultés à rester inactif et aurait toujours le besoin d'être en mouvement. Il dit avoir tendance à se lever quand il n'a pas le droit, à beaucoup parler, à couper la parole, à interrompre les autres et à avoir des difficultés à attendre son tour.

Ces réponses sont illustrées par l'instabilité psychomotrice de Romain pendant la passation. A plusieurs reprises, il va se lever pour mimer les situations qu'il décrit, sortir pour aller aux toilettes, ou pour aller chercher de l'eau ou des bonbons qu'il

mange pendant l'entretien sans s'arrêter et avec avidité. Il va d'ailleurs chercher une boîte en plus avant d'avoir fini la première.

Au total, à la passation du M.I.N.I.-Kid, nous ne retrouvons pas d'élément en faveur d'un épisode dépressif majeur, d'une dysthymie, d'un trouble anxieux quelconque, d'un risque suicidaire, d'une anorexie mentale.

Sur le plan thymique, les réponses de Romain orientent vers un épisode hypomaniaque passé datant d'il y a plus d'un an.

Pour les items concernant la dépendance et l'abus de substance, le M.I.N.I.-Kid met en avant des éléments en faveur d'une dépendance au cannabis mais sevrée depuis plusieurs mois. Romain dit ne pas consommer d'alcool.

L'item Troubles des conduites est finalement écarté car Romain répond « *non* » à la dernière question concernant le retentissement des comportements décrits. Pourtant, il a répondu positivement à une grande majorité des questions de l'item et nous savons qu'il a changé de famille d'accueil et a été exclu de son collège pour des comportements décrits.

Concernant la recherche d'un TDAH, nous retrouvons une situation similaire : Romain a répondu positivement à de nombreuses questions mais ne met pas en avant de retentissement.

### Dessin de famille

Après la passation du M.I.N.I.-Kid, je propose à Romain le dessin de famille.

Je lui dis la consigne. Aussitôt, il me dit « *Je suis nul en dessin. Dessine-moi un mouton* ».

Il prend alors le crayon et semble réfléchir puis il prend son sac, sort sa trousse et

prend un stylo. Il m'explique qu'il l'a eu en Espagne et ajoute « *Il y a une chanson qui rentre dans ma tête : Calogero, Saint-Exupéry* ».

Il reprend le crayon et dit « *je vais dessiner à main levée* ».

Il me demande s'il peut faire un arbre et commence à dessiner. Il dessine un grand arbre au milieu de la feuille et m'explique qu'il fait aussi les racines. Il me demande alors « *n'importe quelle famille ?* », j'acquiesce.

Il dit « *je peux faire que mon père, ma mère, moi* ». Dans l'arbre, il dessine alors ce qui ressemble à un génogramme en commençant par son père, sa mère biologique et lui.

Tout en dessinant, il continue de parler et m'explique ce qu'il fait. Il ajoute alors sa belle-mère et ses demi-sœurs et m'explique « *je sais pas si c'est de la polygamie mais mon père, il est sorti avec une meuf et après une autre* ». Je lui explique ce qu'est la polygamie.

Ensuite, il écrit les initiales de chaque nom de famille dans les cases du génogramme des adultes (« *Mme A, Mr B, Mme C* ») et les prénoms pour les enfants. Entre ses deux parents, il dessine deux alliances entrelacées et les barre. Il dessine également deux alliances entre son père et sa compagne sans les barrer. « *Je dessine vraiment mal, j'ai essayé de faire deux bagues à côté mais j'ai pas réussi* ». Romain dessine alors son amoureuse, Sophie, et dit « *si elle ressort avec moi, on aura le même nom de famille* » et ajoute « *je veux sortir avec aucune autre fille qu'elle* ». Il dessine les parents de cette jeune fille et ses deux frères. Il écrit leurs prénoms. Enfin, il ajoute un cœur entre lui et elle.

Je lui demande alors de raconter une histoire.

Dans un premier temps, il s'exclame : « *fallait me la poser avant, j'aurais fait autre chose !* » mais ajoute rapidement « *j'ai fait un arbre archéologique, c'est ça ?* ». Je lui

réponds. Il poursuit « *Mon père est sorti avec une dame Mme C. (désigne sa mère biologique) et sort maintenant avec Mme A. qui est ma maman et ont eu deux filles et Mme C. et mon père ont eu moi. Et moi je suis amoureux de Sophie* ». Enfin, il finit « *on est une famille lilloise, allez le LOSC ! Et bientôt, nous deux (montre Sophie et lui), on va se rejoindre quelque part* » et il dessine un rond qui contient un bâton de curling surplombé des lettres « *RDV* » et m'explique qu'elle fait du curling et qu'il ira pour elle dans une commune proche de sa ville.

Avant la fin de la passation, Romain me signale qu'il est autorisé à revoir ses demi-sœurs. Il m'explique qu'elles lui manquent beaucoup. Il exprime de l'inquiétude et a peur que sa demi-sœur ne le reconnaisse pas.

Il s'arrête là et nous finissons l'entretien.

La passation a semblé particulièrement anxiogène pour Romain mais, contrairement au Mini Kid, il est resté assis pendant tout son déroulé. Sa posture était ajustée et ses capacités visuo-perceptives étaient satisfaisantes. Romain a utilisé le matériel de façon usuelle et n'a pas eu besoin d'aménagement du dispositif. Il a commencé à écrire avant 2 minutes sans répétition de la consigne.

Romain a utilisé la feuille en largeur et sa production graphique occupe plus de 75% de la feuille. Son trait est continu et ajusté. Il n'a utilisé que le crayon à papier. Romain n'a pas représenté de personnages. Son dessin est composé en très grande majorité d'éléments symbolisés : Romain a utilisé un arbre et un génogramme pour représenter sa famille à la place de dessiner des personnages comme attendu. Pour le mariage et le divorce, il les a symbolisés grâce à deux anneaux enlacés, qu'il a barré pour le

divorce. Enfin, son attachement à Sophie est représenté par un cœur et un bâton de curling.

Romain a représenté la différence des sexes et la différence des générations ainsi qu'un décor. Il n'existe pas d'élément d'arrière-plan.

Le thème global choisi est celui de sa famille : sa famille passée, présente et future. Romain est capable de se projeter dans un avenir et le fait figurer dans son dessin et son histoire.

Il débute la narration spontanément et n'a pas besoin d'être soutenu ensuite. Le scénario de son histoire est organisé selon le modèle attendu : une situation initiale, une problématique intercurrente et un temps de résolution.

Au cours de la passation, la relation à l'examineur est fluctuante oscillant entre une relation ajustée et évitante.

Nous ne retrouvons pas d'anxiété prévalente pendant la passation mais deux : anxiété de castration et anxiété de perte d'objet.

Le type de relation est anaclitique et les mécanismes de défense présentés sont le clivage (dans la présentation) et la projection.

Deux hypothèses concernant l'organisation psychopathologique peuvent donc être faites : Romain présente une organisation névrotique avec une régression limite au cours de la passation (anxiété) ou, une organisation limite qui se névrotise (probablement dans le contexte de psychothérapie mené au CMP).

#### 4. Analyse

##### a. Les Comportements Sexuels Problématiques

Nos quatre cas cliniques sont des garçons ayant eu des comportements sexuels problématiques interpersonnels, mimant une sexualité adulte, avant l'âge de 13 ans.

Pour Paul et Romain, les CSP ont eu lieu sur des enfants d'un âge et d'un niveau développemental inférieurs aux leurs. Par ailleurs, la notion de contrainte paraissait assez claire.

Pour Alexis et Louis, la situation est plus confuse. Les CSP auraient eu lieu entre membres de la fratrie d'âges voisins mais avec une exposition devant les plus jeunes. La notion de contrainte n'a pas été clairement établie. Les informations recueillies orientent vers une influence voire une pression des plus âgés sur les plus jeunes sans certitude.

Dans les quatre cas, les CSP ont eu lieu en intrafamilial, sur un frère (Paul), une ou des sœurs (Alexis et Louis), une demi-sœur (Romain).

Lors de l'évaluation, nous n'avons pas systématiquement évoqué les CSP. Paul et Romain ont pu en parler spontanément. Louis et Alexis ne les ont pas évoqués et nous avons choisi de ne pas en parler pour plusieurs raisons : les CSP sont anciens et le fait de les évoquer à distance peut ne pas avoir de sens pour les enfants surtout les plus jeunes ; ces CSP ont déjà été abordés avec eux par d'autres professionnels ; ces deux frères présentent une symptomatologie post traumatique et nous ne souhaitons pas faire effraction à nouveau pendant ce temps de rencontre. Cependant, les CSP seront potentiellement à travailler dans un espace psychothérapeutique.

b. Exposition à la sexualité, à la violence sexuelle et maltraitance sexuelle

Dans ces quatre cas, les enfants ont été exposés à la sexualité, soit de manière directe (Alexis et Louis), soit de manière indirecte via des supports pornographiques (Paul et Romain).

Tous sont également susceptibles d'avoir été exposés à de la violence sexuelle soit en tant que victime, soit comme témoin. Paul a dit avoir été agressé sexuellement par un adolescent. Il a également expliqué avoir été agressé sexuellement par son père mais s'est rétracté ensuite.

Alexis et Louis ont été témoins des relations sexuelles de leurs parents entre eux et avec leurs nouveaux conjoints. Au vu des informations recueillies, ces relations sexuelles ont pu se faire dans un climat de violence.

Romain aurait été agressé sexuellement par le beau-père de son père et un ami de celui-ci. Il aurait également pu être témoin des agressions sexuelles commises sur sa sœur par ces deux mêmes hommes.

Avant d'être pris en charge, Romain et Paul rapportaient des envahissements psychiques par des pensées sexuelles, difficiles à canaliser.

Tous ces éléments ont pu constituer des effractions traumatiques et ont pu venir perturber et entraver le développement psycho-sexuel et affectif de ces enfants

### c. Antécédents de maltraitance physique

Louis et Alexis ont été exposés à une grande violence : ils ont assisté aux violences conjugales entre leurs parents mais également à ceux d'un compagnon de leur mère sur celle-ci. Ils ont également été témoins des violences de leur père sur le reste de la fratrie et ont assisté à l'agression pour laquelle leur père a été condamné.

Ils ont également subi directement de la violence physique de la part de cet ex-compagnon de leur mère. Alexis a par ailleurs subi de la violence physique de la part de son père.

Nous n'avons pas d'éléments concrets en faveur d'une maltraitance physique dans le cas de Romain. Toutefois, pendant la passation du M.I.N.I.-Kid, il a fait allusion au fait que son père avait déjà pu se montrer violent envers lui.

Concernant Paul, nous n'avons pas d'information rapportant des antécédents de maltraitance physique.

Cette exposition répétée à la violence physique a également pu prendre une valeur traumatique pour ces enfants.

### d. Environnement familial

Dans les trois familles, nous retrouvons des événements de vie stressants ou des ruptures de liens.

La maladie du père de Paul s'est aggravée lorsque Paul était très jeune. La mère de Romain a quitté le domicile familial lorsqu'il avait un mois. Il a ensuite été placé en famille d'accueil de 3 mois à 3 ans puis est retourné vivre avec son père.

Alexis et Louis ont grandi dans une famille où la violence était quotidienne. Leurs deux parents ont été incarcérés.

e. Mesures sociales, administratives et judiciaires

Pour chaque enfant, un ou plusieurs écrits rapportant des éléments d'inquiétude avaient été réalisés avant la révélation des CSP.

Dans les quatre situations, des mesures sociales et judiciaires (AEMO ou placement) avaient été mises en place. Des éléments particulièrement inquiétants existaient donc déjà, pointant de grandes difficultés du système éducatif parental.

Paul, Alexis et Louis étaient déjà placés hors du domicile parental au moment de la révélation des CSP. Pour Romain, c'est la découverte des CSP qui a déclenché l'éloignement de la famille sous la forme d'un placement.

Seul Romain a été jugé et condamné à des mesures éducatives.

f. Scolarité

Tous ont eu des difficultés à l'école nécessitant des aménagements (AVS pour Paul, filière SEGPA pour Alexis, redoublement pour Romain) ou des prises en charge de type orthophonique (pour Paul, Alexis et Louis). Par ailleurs, aucun ne présente de déficience intellectuelle.

#### g. Relations avec les pairs

Des difficultés relationnelles ont été rapportées par plusieurs des garçons.

Romain a pu décrire de grandes difficultés relationnelles notamment dans les distances interpersonnelles, suscitant le rejet de ses camarades.

Alexis décrit des relations apaisées avec ses pairs actuellement. Cependant, il a pu être engagé dans de nombreuses bagarres auparavant. Il a d'ailleurs toujours des difficultés à régler les conflits et est régulièrement dans la provocation à l'égard des autres.

Louis exprime de la crainte à jouer avec les garçons et préfère la compagnie des filles mais, il décrit des conflits fréquents et se met rapidement en colère.

Paul est resté évasif sur ses relations sociales mais ses difficultés à gérer les frustrations peuvent le mettre en difficulté dans ses relations interpersonnelles.

#### h. Troubles pédopsychiatriques

Les quatre garçons présentaient des comorbidités pédopsychiatriques.

Nous retrouvons des antécédents de TDAH chez Paul et un diagnostic de trouble panique au Mini-Kid. La symptomatologie anxieuse était également constatée par les équipes de l'ITEP et du SESSAD. Il avait d'ailleurs déjà bénéficié d'une prise en charge au CMP plus jeune.

Romain est pris en charge au CMP depuis quelques années. Au mini-Kid, il présente de nombreux éléments en faveur d'un trouble des conduites et d'un TDAH. Ces deux pathologies sont d'ailleurs fréquemment comorbides (123).

Louis et Alexis présentent tous les deux une symptomatologie anxieuse s'intégrant dans un psychotraumatisme.

Enfin, tous ont présenté ou présentent encore des troubles du comportement.

Pour Romain et Alexis, le M.I.N.I.-Kid met en évidence un épisode hypomaniaque passé. Dans une lecture psychopathologique, ces épisodes hypomaniaques nous orientent vers des mécanismes de défense maniaque pour lutter contre l'angoisse dépressive.

- i. Organisation et analyse psychopathologique psychanalytique
  - i. *Pathologies limites de l'enfant*

Pour les quatre passations du dessin de famille, nous retrouvons des organisations psychopathologiques de type état-limite.

Se fondant sur les concepts psychanalytiques, la CFTMEA les résumant ainsi : « *les pathologies limites de l'enfant s'expriment à travers des manifestations très diversifiées, variables d'un cas à l'autre et qui peuvent se modifier dans le cours de l'évolution.*

*Au point de vue clinique et psychopathologique, on relève les éléments suivants :*

*- des défauts précoces d'étayage d'où résultent des failles et des distorsions dans l'organisation de la vie mentale ; cependant l'enfant met en œuvre des capacités adaptatives notables, en s'appuyant sur des fonctionnements en faux-self ;*

- des défaillances portant sur l'abord du champ transitionnel et sur les supports de la pensée : en découle une dominance des expressions par le corps et par les agirs ;
- des atteintes portées au travail de séparation et à l'élaboration de la position dépressive : elles ne permettent pas l'intégration des angoisses dépressives ; elles entraînent une extrême vulnérabilité à la perte d'objet ; néanmoins l'enfant accède à une différenciation soi - non soi où se marque l'écart vis-à-vis des TED ;
- des failles narcissiques constantes : elles peuvent inclure une représentation de soi inacceptable, au point de porter atteinte au sentiment d'identité ; à titre défensif, l'enfant est souvent conduit à développer des réactions de prestance qui mènent à des affrontements répétitifs avec le milieu.

*En dépit de ces composantes péjoratives, des ouvertures de type névrotique se dessinent, mais sans permettre un véritable affrontement aux conflits de désir et d'identification. En résulte une hétérogénéité structurelle, soutenue par des clivages, de sorte que, d'un côté, se développent des capacités d'adaptation, tandis que, sur un autre versant, persistent des modalités archaïques de symbolisation et de fonctionnement mental » (135).*

La classification propose ensuite des sous-catégories en fonction des regroupements syndromiques les plus fréquents : les « *dysharmonies évolutives* », la « *pathologie limite avec prédominance des troubles de la personnalité* », la « *pathologie limite avec*

*prédominance schizotypique* », la « *pathologie limite avec prédominance comportementale* », les « *dépressions liées à la pathologie limite* » (135).

Nous proposons une analyse des cas cliniques au regard des apports de la psychanalyse concernant le fonctionnement limite chez les enfants en s'inspirant directement de la définition proposée par la CFTMEA.

*ii. Les défauts précoces d'étayage et les potentiels traumatismes*

Le bébé, à la naissance et au cours des premières semaines de vie, est totalement dépendant. Le Moi n'est pas encore constitué, il n'y a pas de différence psyché-soma, pas de distinction entre l'intérieur et l'extérieur. L'objet n'existe pas en tant que tel et ne serait perçu que par intermittences, sans continuité (178).

Le développement du bébé va nécessiter une « *compréhension mutuelle* » particulière entre la mère et le bébé (179).

Le nourrisson est soumis à des sensations, des éprouvés qui ne peuvent être apaisés par lui seul. L'entourage du bébé va donc avoir une fonction de « *pare-excitation* » face à ces excitations. Freud explique que la quantité des excitations que reçoit le bébé risque de le déborder. Elles vont alors être prises en charge par cette fonction protectrice (179)(180).

Ces agressions sensorielles, Bion les nomme les « *éléments bêta* ». L'état particulier de la mère, qu'il appelle « *la rêverie maternelle* » (c'est-à-dire la capacité de la mère à tolérer les projections du bébé et à les accepter malgré l'angoisse qu'elles suscitent chez elle) va permettre la transformation de ces impressions brutes, non organisées,

en éléments dits « *alpha* ». La mère a ainsi une « *fonction contenant* » face aux éléments de déplaisir. Le bébé va, petit à petit, par ré-introjection, développer sa propre fonction alpha. Cela va rendre possible la capacité à penser, à différencier la réalité intérieure et la réalité extérieure et ainsi permettre la constitution progressive du Moi (181).

Lorsque la mère n'assume pas pleinement ce rôle de « *pare excitation* », l'enfant échoue également à intérioriser cette fonction contenant et reste soumis aux risques de débordement par des excès de tension interne. Les mécanismes de défense sont alors au service de la maîtrise des objets externes au détriment de leur rôle de liaison (182).

Pour Winnicott, « *sans soins maternels, il n'y aurait pas de nourrisson* », « *le nourrisson et les soins maternels forment une unité* », « *dépendent l'un de l'autre et ne peuvent être démêlés* » (183).

Winnicott a nommé la « *préoccupation maternelle primaire* » (de la pédiatrie à la psychanalyse), l'état psychique de la mère qui se développe graduellement pendant la grossesse et perdure pendant les premières semaines après la naissance. Il la compare à une maladie et la définit comme une extrême sensibilité, avec l'enfant comme seule préoccupation, qui permet à la mère de s'adapter aux tous premiers besoins du bébé (184).

C'est la capacité de la mère ou de l'environnement à être « *suffisamment bon* » qui va permettre au bébé de se développer normalement (185).

A ce stade, le bébé a l'illusion que « *le sein est créé et sans cesse recréé à partir de sa capacité d'aimer ou (...) à partir de son besoin. (...) L'adaptation de la mère aux*

*besoins du petit enfant (...) donne à celui-ci l'illusion qu'une réalité extérieure existe, qui correspond à sa propre capacité de créer » (186).*

Winnicott explique qu'un environnement parfait est celui qui va s'adapter activement aux aptitudes croissantes du bébé (185).

C'est la défaillance graduelle et relative de l'adaptation environnementale qui va permettre le développement psychique du bébé. En effet, progressivement, apparaît chez le nourrisson « *une tolérance à la fois vis-à-vis des besoins du Moi et vis-à-vis de la tension instinctuelle* », il « *devient capable de pallier les déficiences (relatives) de la mère* » (185).

Ces décalages entre le geste du bébé et la réponse maternelle, tant qu'elles sont tolérables pour le nourrisson permettent la différenciation progressive de l'intérieur et de l'extérieur, du Moi et de l'objet. Winnicott appelle cela le « *désillusionnement* », il est permis par la création d'une aire intermédiaire d'expérience, qu'il appelle l'« *aire transitionnelle* » (186).

Mélanie Klein nomme position (schizo-)paranoïde, la modalité des relations d'objet lors des premiers mois de l'existence (187). L'objet est alors un objet partiel : le sein maternel est à la fois le « *bon* » objet, par introjection et projection des pulsions libidinales, et le « *mauvais* » objet par projection des pulsions agressives (187).

La position dépressive est le moment où le nourrisson reconnaît sa mère comme objet total, objet qu'il a donc à la fois aimé (« *bon* » objet) et souhaité détruire (« *mauvais objet* »). Le nourrisson a alors peur de détruire l'objet qui lui est, par ailleurs, indispensable. Ces angoisses vont être surmontées par l'inhibition et la réparation de l'objet et « *l'objet aimé va être introjecté de façon stable et sécurisante* ». Pour que

cette introjection ait lieu, la mère, grâce aux soins, à l'adaptation à son bébé, montre à l'enfant qu'elle ne le détruit pas et qu'elle n'est pas détruite par lui (4)(188).

Dans les états limites, les défauts de l'étayage maternel vont empêcher l'intégration des angoisses dépressives et de séparation et le dépassement du conflit d'ambivalence. Bien que la mère soit reconnue comme objet total et que la différenciation entre soi et non-soi soit intégrée, les défenses archaïques telles que le clivage restent utilisées afin de lutter contre l'angoisse de la perte d'objet (182).

Un défaut de réponse de l'environnement face à la détresse du nourrisson peut donc empêcher le développement normal mais il peut également être stoppé par l'existence d'un traumatisme par excès, brutal et inattendu. Ce concept a été développé par Ferenczi (188)(189).

Ce traumatisme provoque un clivage de la personnalité, une partie est détruite et l'autre présente une bonne adaptation à la réalité.

A l'extrême, suite à des traumatismes répétés et extrêmes, Ferenczi décrit la mise en place d'un mécanisme de défense qu'il nomme « *identification à l'agresseur* ». Il désigne ainsi l'introjection de l'objet dangereux qui devient alors une partie du Moi. « *Pour se protéger du danger que représentent les adultes sans contrôle, il doit d'abord s'identifier à eux* » (189). Ce mécanisme « *donne la possibilité de maintenir une image suffisamment positive du parent dont il dépend pour survivre* » (188)(189).

Tous les enfants que nous avons reçus ont grandi dans des climats familiaux particulièrement insécurisants émaillés de ruptures, de violence ou de maladie (physique, dépressive et alcoolique pour le père de Paul). Ensuite, les placements et

parfois, les changements de lieux de placement, réalisés dans l'intérêt de l'enfant, reproduisent les ruptures de la petite enfance.

Dans le cas de Romain, les défauts précoces de l'étayage sont évidents, sa petite enfance ayant été marquée par la répétition des ruptures avec ses objets d'attachement : le départ de sa mère du domicile lorsqu'il avait un mois, le placement en famille d'accueil à 3 mois puis, la rupture avec la famille d'accueil pour retourner chez son père à 3 ans.

Pour Paul, nous pouvons faire l'hypothèse que l'aggravation de la maladie du père a pu provoquer à la fois un désinvestissement physique et psychique de la mère auprès de Paul. Physique car elle a dû s'occuper des soins de son mari mais probablement également psychique par un manque de disponibilité à penser son fils soit par la présence d'une dépression sous-jacente, soit par les préoccupations en lien avec son mari malade.

Par ailleurs, il nous semble que le père, gravement malade physiquement mais également dépressif et alcoolique n'a pas pu assurer non plus une fonction « *contenante* » auprès de son fils.

Plus encore, chaque enfant rapporte, dans son histoire, de véritables traumatismes : agression sexuelle et/ou maltraitance physique ayant pu également venir entraver le développement de l'enfant et favoriser la mise en place de mécanismes de défense telle que l'identification à l'agresseur.

### iii. Les failles narcissiques

De façon très large, le narcissisme peut se définir par l'amour de soi.

Le narcissisme primaire désigne « *un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même. (...) Chez Freud, (il) désigne le premier narcissisme, celui de l'enfant qui se prend lui-même comme objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs.* »

(4).

Les failles narcissiques prennent leurs origines directement dans les défauts précoces d'étayage. En effet, pour le nourrisson, il n'y a pas de différence entre lui et l'objet, « *l'investissement de l'objet se superpose à l'investissement de soi-même* ». C'est grâce à l'harmonisation entre la mère et son bébé que « *le vécu de dépendance première est rendu tolérable, l'impuissance première est estompée par la capacité à communiquer et à partager ces premières formes du sens* » (178).

Si l'adaptation réciproque entre la mère et le nourrisson échoue, les premières failles narcissiques vont se former.

Le nourrisson est alors confronté à des états de détresse et d'impuissance auxquels il ne peut faire face que par le recours à l'illusion de la toute-puissance infantile.

Ainsi, « *dans les pathologies limites, à travers les échanges où domine le registre spéculaire, le moi idéal reste durablement au service du maintien de la toute-puissance infantile* » (182).

Chez l'enfant, cela s'illustre par une alternance entre « *des aspects extrêmes de domination ou de soumission* », « *parfois les représentations de soi sont dévalorisées, subies douloureusement ; à d'autres moments, elles font l'objet d'un déni à travers la mobilisation de défense maniaque* » (182).

Nous avons suivi les grandes lignes de la CFTMEA pour illustrer les différents aspects de l'organisation état limite. Tous découlent de ce mauvais accordage entre la mère et son bébé dans les interactions précoces et se mettent en place pour se défendre contre l'angoisse dépressive.

#### *iv. Le fonctionnement en faux « self »*

Le « *faux Self* » est un concept développé par Donald Winnicott (190).

Le faux self a des capacités adaptatives et se met en place comme un moyen défensif. Sa fonction principale est de protéger le « *vrai Self* » en le dissimulant, en le maintenant hors de portée.

Winnicott classe les organisations du faux Self en cinq catégories, toutes n'étant pas pathologiques mais relevant du fonctionnement normal, le faux Self permettant la constitution d'une « *attitude sociale polie* » et vient signifier « *l'aptitude individuelle à renoncer à l'omnipotence et au processus primaire en général avec pour bénéfice la place dans la société (...)* » (190).

A l'extrême inverse, le « *vrai Self* » est totalement dissimulé et le « *faux Self* » est pris pour la personne réelle.

A un degré moindre, « *le « faux self » défend le « self » authentique (à qui) une vie secrète (...) est permise* » (190).

Le « *faux self* » se développe lors des relations précoces mère-bébé et « *relève de l'inaptitude de la mère à ressentir les besoins du nourrisson* » (190).

Pour Winnicott, un nourrisson va exprimer de façon périodique « *un geste* » qui indique « *l'existence d'un vrai « self » potentiel* ».

Nous l'avons vu, « *la mère suffisamment bonne répond à l'omnipotence du bébé et, dans une certaine mesure, lui donne une signification* », le « *vrai self commence à prendre vie* ». C'est la reconnaissance de son omnipotence par sa mère qui va permettre au nourrisson d'y renoncer ensuite, de « *reconnaître l'élément illusoire, le fait de jouer et d'imaginer* », une relation se lie entre le nourrisson et son objet formant les « *fondements de la relation symbolique* » (190).

Au contraire, lorsque la mère ne répond pas au geste du nourrisson et qu'« *elle y substitue le sien propre* », qui ne prend sens que par « *la soumission du nourrisson* », « *la capacité d'utiliser des symboles ne débutent pas* », le « *faux self* » se constitue. Il y a alors élaboration de relations artificielles qui vont s'adapter à l'environnement afin de dissimuler le « *vrai self* ». Quand le degré de clivage est important « *la soumission est la caractéristique principale et l'imitation une spécialité* » (190). Ces enfants vont renvoyer une impression de fausseté, de manque de spontanéité. Les fonctions cognitives seront souvent surdéveloppées au détriment des fonctions affectives. Les fonctions créatives, de symbolisation et la mise en place de phénomènes transitionnels seront altérées (190).

Nous retrouvons, à des degrés divers, la mise en place d'un faux self, dans nos cas cliniques. Paul et Louis en sont les exemples les plus parlants. Paul, notamment lors du premier entretien, adopte un vocabulaire d'adulte qui sonne faux, semble vouloir répondre à ce qu'on attendrait de lui, nous renvoyant alors une impression de manque de spontanéité et de fausseté.

Louis, paraît toujours dans le contrôle, il adopte une attitude mimant la soumission, le parfait petit élève. Le recours aux références cinématographiques pendant la passation du dessin de famille peut également venir révéler le « *faux self* » qui, par l'utilisation de matériel culturel commun, permet de dissimuler le « *vrai self* » et de répondre à l'environnement.

v. *Angoisse de perte d'objet, atteintes portées à l'élaboration de la position dépressive*

Les mécanismes de défense sont des stratégies inconscientes mises en place afin de protéger le Moi de l'angoisse sous tendue par la tension pulsionnelle. Dans le cas des pathologies limites, cette angoisse est celle de la perte d'objet, l'angoisse de la dépression (177).

Dans les pathologies limites, le mécanisme de défense principal est le clivage (188), que nous retrouvons dans les quatre protocoles.

De manière principale, il existe deux grands types de clivage : le clivage du Moi et le clivage des objets. Le clivage du Moi a été introduit par Freud pour désigner un phénomène « *qui se traduit par la coexistence au sein du Moi de deux attitudes contradictoires, l'une consistant à dénier la réalité, l'autre à l'accepter* » (191).

Par la suite, Mélanie Klein introduit le clivage en bon et mauvais objet : « *L'objet, visé par les pulsions érotiques et destructrices est scindé en un « bon » et un « mauvais » objet qui auront alors des destins relativement indépendants dans le jeu des*

*introjections et des projections* ». Ce clivage porte, par introjection des objets également sur le Moi en « *bon* » et « *mauvais* » Moi (4).

Malgré le recours à des mécanismes de défense, les garçons semblent tous débordés par une angoisse sous-jacente.

En effet, les quatre passations ont été imprégnées d'une angoisse diffuse, le plus souvent non dite, mais ressentie par l'examineur. Pour chaque enfant, elle prenait une forme différente.

Paul évite les moments trop chargés affectivement et trop angoissants en détournant la conversation ou en demandant explicitement à changer de sujet. Il utilise les blagues ou les supports présents autour de lui pour les éviter. Pourtant, son angoisse est palpable, notamment lors du premier entretien, lorsqu'il nous parle de la pornographie qui semble avoir fait traumatisme. Par ailleurs, la pratique masturbatoire, plus intense les veilles de retour dans sa première famille d'accueil, qui s'est ensuite révélée maltraitante, nous semble être une tentative auto calmante face à une angoisse intense.

Alexis évoque à plusieurs reprises des événements particulièrement angoissants voire traumatisants : la poursuite par un clown tueur avec des difficultés à faire la distinction entre le cauchemar et la réalité et l'agression perpétrée par son père.

Lorsqu'il les évoque, Alexis semble fasciné. Il existe une discordance affective faisant évoquer une dissociation traumatique.

Pendant les deux rendez-vous de l'évaluation de Louis, l'angoisse s'exprime notamment à l'évocation de la figure paternelle. Au tout début du premier entretien,

Louis m'explique ressembler à son père et n'avoir aucun sentiment. Lorsque je le questionne plus directement sur son père, Louis se ferme et répond à demi-mots. Il change ensuite de sujet. Nous pouvons également choisir d'interpréter l'absence de père dans le dessin de Louis comme une tentative de mise à distance. Cette absence de sentiment décrite par Louis pourrait faire référence à une sensation de vide angoissante, retrouvée fréquemment chez les états limites. Lors du deuxième rendez-vous, Louis décide spontanément de parler des souvenirs traumatiques qu'il a de l'agression commise par son père dont il a été témoin. A ce moment, nous constatons des signes d'angoisse massive qui le submerge : le temps de latence est augmenté, Louis se met à bégayer. Il parvient tout de même à faire le récit de l'événement traumatique.

Dans le cas de Romain, l'instabilité psychomotrice, les allers et retours à l'extérieur du bureau, la « quasi » compulsion à manger des bonbons nous ont semblé être l'expression d'une grande angoisse sous-jacente et non verbalisée.

Ce propos est à nuancer car il s'est autorisé, en fin de protocole, à parler de son inquiétude à revoir sa sœur. Il a pu dire qu'elle lui manquait et a exprimé sa crainte qu'elle ne le reconnaisse pas. L'angoisse peut donc être élaborée.

Pour trois des quatre garçons, nous observons un recours à la défense maniaque pour lutter contre l'angoisse dépressive.

La défense maniaque a été décrite en premier par Mélanie Klein. Cléopâtre Athanassiou-Popesco explique que cette défense permet « d'échapper à la

*conscience torturante d'avoir abimé l'objet aimé* ». L'objet est alors désinvesti (192). L'instrument principal de la défense maniaque est l'identification projective qui permet « *de se prendre pour l'objet et, bien que ce soit une illusion de ne pas le perdre* ». L'identification projective est un « *premier rempart contre la dépression* » (192).

Selon Winnicott, la défense maniaque serait « *la capacité dont dispose une personne pour dénier l'angoisse dépressive inhérente au développement affectif, angoisse qui appartient à la capacité qu'elle a de ressentir de la culpabilité, de reconnaître sa responsabilité pour les expériences instinctuelles et pour l'agressivité dans le fantasme qui accompagne les expériences instinctuelles* » (193).

Il s'agit d'une « *défense contre la réalité intérieure* », une « *fuite vers la réalité extérieure* » à travers des fantasmes tout-puissants, omnipotents (193).

Lors de la narration du dessin de famille, Paul explique qu'il a représenté une famille qui s'aime « *à la folie* » c'est à dire « *beaucoup, beaucoup, beaucoup* ». Ce moment a été analysé comme un mouvement hypomaniaque, très certainement afin de lutter contre une angoisse dépressive intolérable. Le M.I.N.I.-Kid a mis en évidence des attaques de panique récurrentes. Par ailleurs, l'assistante familiale rapporte des conduites de dépendance à son égard pouvant venir témoigner d'une angoisse d'abandon.

Nous observons également un mouvement de type défense maniaque lorsque Romain débute le dessin de famille et évoque Calogero et Antoine de Saint-Exupéry.

Concernant Alexis et Romain, leurs résultats du M.I.N.I.-Kid viennent étayer cette hypothèse en mettant en évidence « *un épisode hypomaniaque passé* » qui pourrait être, selon nous, le témoin également de défenses maniaques.

*vi. Dominance des expressions par le corps et les agirs*

Outre les agirs sexuels, chacun des garçons présentent également un recours à l'agir qui prend différentes formes. Dans ces situations, il peut être compris comme des tentatives répétées à trouver une réponse à des angoisses impossibles à symboliser (194).

Romain a eu recours de façon préférentielle aux agirs par le passé : il nous signale des conduites antisociales (des vols, des dégradations volontaires par le feu mais également des agirs auto agressifs lorsqu'il nous signale avoir voulu se planter un pic à brochette dans le bras.

Alexis a montré, par le passé, une implication fréquente dans des bagarres avec ses pairs.

Paul, chez ses parents et chez sa nouvelle assistante familiale, a fait des fugues.

*j. Éléments en faveur d'un accès à une psychothérapie*

Ces évaluations mettent en avant la souffrance psychique sous-jacente de ces enfants.

Elles mettent également en évidence les ressources des quatre garçons.

Alexis a été capable de faire des liens entre l'évaluation et son pédopsychiatre référent sans avoir recours à un clivage bon/mauvais objet ; Romain et Louis ont pu verbaliser leurs angoisses et Paul a montré qu'il avait accès aux processus de symbolisation.

Ces éléments positifs, la capacité de verbalisation des affects, de symboliser (et de créer une aire transitionnelle) et de faire des liens sont des facteurs de bons pronostics

et témoignent de l'intérêt de proposer une prise en charge psychothérapeutique à ces enfants. Nous pouvons souligner que ces éléments sont permis par le renoncement, temporaire, des défenses adaptatives montrant que ces enfants sont capables de se saisir du cadre contenant proposé.

Romain, en est un bon exemple, qui bénéficie d'un espace individuel psychothérapeutique, présente des éléments en faveur d'une névrotisation, illustrant le bénéfice de ce soin.

#### k. Prise en charge pédopsychiatrique actuelle

Romain et Alexis sont traités par risperidone pour leurs troubles du comportement. Il s'agit d'une indication hors AMM : ils ne présentent pas de déficience intellectuelle et la durée maximale de traitement de 6 semaines est dépassée.

De plus, tous ne bénéficient pas d'une psychothérapie.

Paul n'a aucune prise en charge sanitaire hormis celle de l'URSAVS depuis l'arrêt du SESSAD et de l'ITEP.

Il n'a jamais bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique.

Louis n'a pas non plus de prise en charge psychothérapeutique. Il bénéficie uniquement de rendez-vous tous les mois et demi avec un psychologue.

Seuls Romain et Alexis sont pris en charge dans un CMP. Tous les deux sont reçus par un pédopsychiatre. Romain bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique. Alexis ne bénéficie plus de prise en charge par un psychologue.

## I. Intérêt et mise en place d'une psychothérapie

L'objectif d'une psychothérapie, de quelque inspiration qu'elle soit, est de relancer le processus de développement psychoaffectif et, en termes psychanalytiques, de permettre à ces enfants au fonctionnement limite d'accéder à l'élaboration psychique, à la symbolisation et à la conflictualisation œdipienne (182)(194).

A contrario, sans prise en compte et prise en charge de la souffrance psychique que l'enfant exprime, l'évolution se fera vers une « *large gamme de troubles mentaux* » dont les symptômes pourront exploser à l'adolescence (182).

La psychothérapie d'un enfant état limite n'est jamais simple, pourtant, elle est indispensable et ne peut pas être confondue avec les mesures pédagogiques, rééducatives, sociales ou judiciaires, ni même avec des rendez-vous trop espacés sans mise en place d'un véritable travail thérapeutique.

Bien sûr, un préalable à la mise en place d'une psychothérapie nécessite que les démarches sur les plans social et judiciaire aient été prises et offrent une certaine stabilité à l'enfant mais également au cadre psychothérapeutique. Dans le cas contraire, se précipiter dans la mise en place d'une psychothérapie serait de prendre le risque d'une énième rupture.

Le travail psychothérapeutique avec un enfant au fonctionnement limite, permettra la reprise développementale, bien souvent, en rejouant, dans la relation avec le(s) psychothérapeute(s), les premières interactions mère-bébé qui ont fait défaut. La régression doit donc pouvoir être autorisée.

L'établissement d'un contre transfert de type maternel et d'une adaptation parfaite aux besoins du Moi de l'enfant permet de créer un mode relationnel susceptible de réactualiser les toutes premières relations mère enfant tout en dépassant les traumatismes initiaux (194)(195).

Le psychothérapeute va être face, à la fois à la destructivité du patient, au clivage, et parfois aux agirs qui vont venir mettre à mal le cadre. Aussi ce cadre a une importance particulière : il doit être solide et contenant avec une attention particulière donnée à leur régulation des rencontres, leur fréquence et leur rythmicité. Il doit pouvoir également conserver une certaine souplesse et s'adapter aux besoins régressifs de l'enfant. Ceci afin de permettre progressivement l'expérience d'un sentiment continu d'exister.

Le thérapeute va être particulièrement sollicité dans sa fonction contenante et va devoir employer toute son énergie créative au développement des processus de symbolisation.

Bien souvent, deux thérapeutes seront nécessaires voire une prise en charge institutionnelle afin de supporter les attaques de l'enfant, de soutenir l'élaboration et de relancer les capacités créatives (182)(194).

Cette prise en charge est notamment rendue possible dans les hôpitaux de jour de pédopsychiatrie.

Dans tous les cas, le(s) psychothérapeute(s) doivent bénéficier d'un espace de parole et d'écoute afin d'analyser leur ressenti et de pouvoir supporter les attaques récurrentes des enfants limités au cadre.

Par ailleurs, devant des CSP, ce travail de reprise voire de supervision est indispensable afin de se dégager de ses propres représentations concernant les passages à l'acte sexuel et pouvoir adopter une attitude adaptée.

De façon complémentaire, des formations concernant les CSP devraient être accessibles, si ce n'est systématiquement proposées, à tous les professionnels de pédopsychiatrie.

Ces soins psychothérapeutiques ne peuvent se faire sans un partenariat et des liens étroits avec les autres systèmes impliqués. Le pédopsychiatre a également pour mission de favoriser ces échanges et ces rencontres afin que, au-delà du cadre psychothérapeutique, la fonction contenante s'élargisse à tous les partenaires impliqués. Ce travail fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique de l'enfant au fonctionnement limite qui, de la même façon qu'il viendra porter atteinte au cadre psychothérapeutique, multiplie les attaques à l'égard de tous les intervenants impliqués. Un véritable travail en réseau est d'une grande richesse dans ces prises en charge et, permet, d'éclairer le sens des symptômes présentés par l'enfant concerné.

**Ainsi, malgré toutes les difficultés pouvant empêcher la mise en place des soins des enfants présentant des CSP, cette étude de cas rappelle que ces enfants sont, avant tout, des êtres en grande souffrance psychique sur les plans pédopsychiatrique et psychopathologique nécessitant la mise en place de soins adaptés. La psychothérapie, proposition thérapeutique de choix chez l'enfant, trouve ici une réelle indication. Nous avons mis en évidence que ces enfants au fonctionnement limite, avaient également de grandes ressources psychiques et**

**des capacités de résilience. Ces éléments laissent présager tout l'intérêt d'un travail psychothérapeutique et son bon pronostic pour peu que les soins s'organisent en prenant en compte les particularités inhérentes à ces enfants en autorisant la régression, en travaillant la fonction contenante du cadre mais également en créant un véritable travail de réseau avec tous les partenaires impliqués.**

## **Conclusion**

A tout âge, les enfants présentent des comportements sexuels qui s'intègrent dans le développement psycho-sexuel normal. Ces comportements évoluent en fonction du stade développemental de l'enfant : à mesure que l'enfant grandit, certains disparaissent (se montrer nu en public, toucher les parties intimes des autres, se toucher les parties intimes en public, etc) et d'autres font leur apparition (questions, sur la sexualité, intérêt pour les images et les vidéos au contenu explicite, intérêt marqué pour les personnes du sexe opposé, etc). Certains enfants partagent leurs expériences, souvent sans que les adultes le sachent.

Dans ce contexte, il est souvent difficile de différencier ce qui relève du développement normal et les comportements qui doivent alerter.

Les Comportements Sexuels Problématiques chez les enfants de moins de 13 ans n'ont pas de définition officielle. De nombreux auteurs s'accordent néanmoins sur des caractéristiques principales : ils sont inadaptés au regard du niveau développemental, sont potentiellement blessants pour l'enfant ou pour autrui, s'accompagnent d'une détresse émotionnelle. Lorsqu'ils sont interpersonnels, les comportements sexuels doivent inquiéter lorsqu'ils concernent des enfants d'âge et de niveaux développementaux différents, qu'ils impliquent de la violence, de la menace ou de la coercition et qu'ils ont des conséquences néfastes, psychiques ou physiques pour les enfants impliqués.

La revue de la littérature a mis en évidence que les enfants manifestant des CSP étaient particulièrement vulnérables. Souvent exposés à la sexualité adulte de manière directe ou indirecte, régulièrement soumis à des ruptures au sein de leur environnement familial ; ils sont également susceptibles d'avoir été victimes de

maltraitements physiques ou sexuelles et de souffrir de troubles pédopsychiatriques variés, externalisés et internalisés.

Les interactions et l'accumulation de différents facteurs de risque augmente la probabilité de présenter des CSP (facteurs individuels, stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins à leurs enfants, pratiques parentales coercitives, perturbation du développement psychosexuel de l'enfant, qualité de l'attachement parent-enfant) (17).

Les interventions thérapeutiques, permettent une diminution des CSP. Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas de preuve suffisante en faveur d'un continuum strict entre un enfant présentant des CSP et un adulte impliqué dans des agressions sexuelles.

Lorsque les CSP se manifestent, les adultes informés alertent régulièrement les autorités administratives et judiciaires lorsque des enfants sont susceptibles d'être en danger. A la suite du signalement, des mesures administratives et judiciaires sont enclenchées et des prises en charge sociales et éducatives mises en place.

La pédopsychiatrie est également régulièrement sollicitée. Les CSP sont des troubles du comportement qui nécessitent une évaluation pédopsychiatrique au même titre que n'importe quel autre symptôme. Les CSP, partie émergée d'un iceberg, ne correspondent à aucun diagnostic particulier et peuvent révéler des troubles sous-jacents variés. Les traitements pharmacologiques, souvent prescrits hors AMM et à visée symptomatique, ne peuvent être prescrits que temporairement et en complément d'une prise en charge globale et notamment psychothérapeutique. Les propositions

thérapeutiques ayant fait l'objet d'études sont américaines et majoritairement inspirés des thérapies cognitivo-comportementales.

En France, les soins proposés peuvent être d'inspirations diverses et il n'existe pas de programme spécifique à la prise en charge des enfants présentant ces comportements. Les professionnels doivent faire face à de nombreuses difficultés afin de proposer des soins adaptés, inhérentes aux caractéristiques de ces enfants, de leurs comportements, des interventions sociales, éducatives et judiciaires mais aussi en lien avec leurs représentations sur la sexualité.

Les CRIAVS ont notamment pour but d'aider et de former les professionnels en charge des auteurs de violence sexuelle. Dans le Nord-Pas de Calais, l'URSAVS fait face à une augmentation des demandes pour des mineurs de plus en plus jeunes. Afin de mieux saisir les enjeux en lien avec la prise en charge de ses enfants, très différente de celle des adultes, nous avons rencontré quatre enfants pour lesquels l'URSAVS a été sollicitée. Nous leur avons proposé une évaluation pédopsychiatrique. Ces quatre garçons présentaient les mêmes vulnérabilités que celles retrouvées dans la littérature. Sur le plan pédopsychiatrique, des troubles étaient systématiquement identifiés : syndrome de stress post traumatique, trouble de l'humeur, trouble anxieux et trouble des conduites. La lecture psychopathologique était particulièrement enrichissante et mettait en avant des enfants au fonctionnement limite. Tous présentaient des ressources favorables à la mise en place d'une psychothérapie. Ces éléments confirment la nécessité d'impliquer les soins pédopsychiatriques dans la prise en charge de ces patients, en réseau avec les partenaires éducatifs, sociaux et judiciaires.

La poursuite de cette étude étendue à tous les enfants évalués par l'URSAVS pourrait permettre d'enrichir nos connaissances pédopsychiatriques et psychopathologiques concernant cette sous-population d'enfants manifestant des CSP, pour lesquels, plus que jamais, la pédopsychiatrie a un réel rôle à jouer.

Afin de favoriser l'implication des professionnels de la pédopsychiatrie, les formations proposées devraient être diffusées le plus largement possible. L'URSAVS propose, dans cet objectif, des formations gratuites dans le service et directement dans les structures intéressées.

Plus largement, les CSP sont parfois difficiles à différencier des comportements sexuels normaux. Les études récentes sur les comportements sexuels observés chez les enfants manquent cruellement au regard des nombreux changements sociétaux des dernières décennies. Une perspective de recherche serait de réactualiser ces données et notamment de conduire ce type d'études en France.

Enfin, à terme, la création de structures ressources spécifiques à la prise en charge des enfants présentant des CSP semble incontournable dans le chemin de la lutte contre leur stigmatisation renforçant leur isolement et le risque d'évolution défavorable dans de multiples domaines notamment psychiatriques ainsi que le risque de transmission potentielle de fragilités psychiques aux générations futures.

## **Bibliographie**

1. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/)
2. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Gallimard; 1989. (Folio Essais).
3. Perret P. L'amnésie infantile : les perspectives tirées de la psychologie développementale: Infantile amnesia : perspective drawn from developmental psychology. Devenir [Internet]. 2011 [cité 5 sept 2018];23(4):379. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-devenir-2011-4-page-379.htm>
4. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 5. ed. Paris: Pr. Univ. de France; 2009. 523 p. (Bibliothèque de psychoanalyse).
5. Murcier N, Ott L. Qui a peur de la sexualité des enfants? Lett Enfance Adolesc. 2007;(2):33–40.
6. Faussabry T. Non, les cours d'éducation sexuelle ne sont pas une mesure de la loi Schiappa. Le Monde.fr [Internet]. 16 août 2018 [cité 4 sept 2018]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/08/16/non-les-cours-d-education-sexuelle-ne-sont-pas-une-mesure-de-la-loi-schiappa\\_5343091\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/08/16/non-les-cours-d-education-sexuelle-ne-sont-pas-une-mesure-de-la-loi-schiappa_5343091_4355770.html)
7. Kheniche O. Éducation sexuelle : ce qui est vraiment enseigné à vos enfants [Internet]. France Inter. 2018 [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/societe/education-sexuelle-ce-qui-est-vraiment-enseigne-a-vos-enfants>
8. France Inter. Faut-il parler de sexe avec ses enfants (et comment) ? [Internet]. [cité 30 août 2018]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/une-bonne-tasse-d-ete/une-bonne-tasse-d-ete-17-aout-2018>
9. Seckel H. Affaire Maëlys : les aveux incomplets de Nordahl Lelandais. Le Monde.fr [Internet]. 15 févr 2018 [cité 4 sept 2018]; Disponible sur:

[https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/02/14/affaire-maelys-nordahl-lelandais-conduit-a-pont-de-beauvoisin-lieu-de-la-disparition-de-la-fille\\_5256794\\_1653578.html](https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/02/14/affaire-maelys-nordahl-lelandais-conduit-a-pont-de-beauvoisin-lieu-de-la-disparition-de-la-fille_5256794_1653578.html)

10. Meurtre d'Angélique : le suspect mis en examen pour séquestration, viol et meurtre. Le Monde.fr [Internet]. 1 mai 2018 [cité 4 sept 2018]; Disponible sur: [https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/05/01/meurtre-d-angelique-le-suspect-mis-en-examen-pour-sequestration-viol-et-meurtre\\_5292916\\_1653578.html](https://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/05/01/meurtre-d-angelique-le-suspect-mis-en-examen-pour-sequestration-viol-et-meurtre_5292916_1653578.html)
11. Amado A. Le traitement pénal des violences sexuelles saisi par le genre. La Découverte. juin 2018;(4):25-8.
12. Vuattoux A. Rappel de genre et justice des mineurs : un sociologue au tribunal pour enfants. La Découverte. juin 2018;(4):20-4.
13. Tanguy-Stievenard A. De la curiosité sexuelle à l'agression : le comportement sexuel et ses troubles chez l'enfant et l'adolescent [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Lille]: Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2013.
14. Kellogg ND, Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical Report--The Evaluation of Sexual Behaviors in Children. PEDIATRICS [Internet]. 1 sept 2009 [cité 16 mai 2018];124(3):992-8. Disponible sur: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-1692>
15. de Graaf H, Rademakers J. Sexual Development of Prepubertal Children. J Psychol Hum Sex [Internet]. 24 juill 2006 [cité 16 mai 2018];18(1):1-21. Disponible sur: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J056v18n01\\_01](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J056v18n01_01)
16. Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative sexual behavior in children: A contemporary sample. Pediatrics. 1998;101(4):e9–e9.
17. Boisvert I, Tourigny M, Lanctôt N, Lemieux S. Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés.

Rev Psychoéducation. 2016;45(1):173-207.

18. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12e édition. Paris: Puf; 2013. 290 p. (Quadrige).

19. Marcelli D, Cohen D. Le normal et le pathologique. In: Enfance et psychopathologie. 10e édition. Elsevier Masson; (Les âges de la vie).

20. Hornor G. Sexual behavior in children. J Pediatr Health Care [Internet]. mars 2004 [cité 16 mai 2018];18(2):57-64. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891524503001548>

21. Welniarz B, Medjdoub H. Du jeu sexuel à l'agression entre enfants du même âge en « période de latence » : réflexion à partir d'une population d'enfants hospitalisés pour troubles du comportement. Inf Psychiatr [Internet]. 2012 [cité 4 sept 2018];88(1):13. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-1-page-13.htm>

22. Lamb S, Coakley M. "Normal" childhood sexual play and games: Differentiating play from abuse. Child Abuse Negl. 1993;17(4):515–526.

23. Hayez J-Y. La vie sexuelle des 6-11 ans. Enfances Psy [Internet]. 2002 [cité 22 août 2018];17(1):23. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-1-page-23.htm>

24. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Louis DG, et al. Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. Child Maltreat [Internet]. mai 2008 [cité 3 juin 2018];13(2):199-218. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559507306718>

25. Association for the Treatment of Sexual Abusers | ATSA [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.atsa.com/>

26. Kellogg ND. Sexual behaviors in children: Evaluation and management. Am

Fam Physician. 2010;82(10):1233.

27. de Graaf H, Rademakers J. The Psychological Measurement of Childhood Sexual Development in Western Societies: Methodological Challenges. *J Sex Res* [Internet]. 28 févr 2011 [cité 16 mai 2018];48(2-3):118-29. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2011.555929>

28. Davies SL, Glaser D, Kossoff R. Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse Negl*. 2000;24(10):1329–1343.

29. Sandnabba NK, Santtila P, Wannäs M, Krook K. Age and gender specific sexual behaviors in children. *Child Abuse Negl* [Internet]. juin 2003 [cité 5 sept 2018];27(6):579-605. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213403001029>

30. Leander E-MB, Larsen PL, Munk KP. Children's Doctor Games and Nudity at Danish Childcare Institutions. *Arch Sex Behav* [Internet]. mai 2018 [cité 16 mai 2018];47(4):863-75. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-017-1144-9>

31. Haugaard J. Sexual Behaviors between Children: Professionals' Opinions and Undergraduates' Recollections. *Fam Soc J Contemp Soc Serv* [Internet]. janv 1996 [cité 18 mai 2018];77(2):81-9. Disponible sur: <http://familiesinsocietyjournal.org/doi/abs/10.1606/1044-3894.850>

32. Larsson I, Svedin C-G. Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav*. 2002;31(3):263–273.

33. Larsson I, Svedin CG. Teachers' and parents' reports on 3-to 6-year-old children's sexual behavior—a comparison☆. *Child Abuse Negl*. 2002;26(3):247–266.

34. Brilleslijper-Kater SN, Baartman HE. What do young children know about sex?

Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6 years. *Child Abuse Rev.* 2000;9(3):166–182.

35. Wunsch S. Principaux facteurs, contextes et variations du développement sexuel humain. Une synthèse transculturelle et transdisciplinaire. 1 re partie : données ethnologiques. *Sexologies* [Internet]. avr 2016 [cité 5 sept 2018];25(2):41-51. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1158136016000426>

36. Larsson I. Differences and similarities in sexual behaviour among pre-schoolers in Sweden and USA. *Nord J Psychiatry* [Internet]. janv 2000 [cité 18 mai 2018];54(4):251-7. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/080394800448110>

37. Wunsch S. Le développement des activités autoérotiques. Une analyse transdisciplinaire et transculturelle. *Sexologies*. nov 2016;25(4):24-35.

38. Friedrich WN, Grambsch P, Damon L, Hewitt SK, Koverola C, Lang RA, et al. Child sexual behavior inventory: normative and clinical comparisons. *Psychol Assess.* 1992;4(3):303.

39. Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA, Acton R, Berliner L, Butler J, et al. Child Sexual Behavior Inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreat.* févr 2001;6(1):37-49.

40. Friedrich WN, Trane ST. Sexual behavior in children across multiple settings. *Child Abuse Negl.* 2002;26(3):243–245.

41. Schoentjes E, Deboutte D, Friedrich W. Child sexual behavior inventory: A Dutch-speaking normative sample. *Pediatrics.* 1999;104(4):885–893.

42. Pithers WD, Gray A. The other half of the story : Children with sexual behavior problems. *Psychol Public Policy Law.* 4:200-17.

43. Gagnon MM, Tremblay C, Bégin H. Intervention de groupe auprès d'enfants

présentant des comportements sexuels problématiques : évolution comportementale, affective et sociale. *Santé Ment Au Qué* [Internet]. 2005 [cité 3 juin 2018];30(2):257. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/012148ar>

44. Bonner BL, Walker CE, Berliner L. Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information; 2001.

45. Lévesque M, Bigras M, Pauzé R. Persistence of Problematic Sexual Behaviors in Children. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. mars 2012 [cité 5 juin 2018];41(2):239-45. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374416.2012.651991>

46. Lévesque M, Bigras M, Pauzé R. Externalizing problems and problematic sexual behaviors: same etiology? *Aggress Behav* [Internet]. nov 2010 [cité 5 juin 2018];36(6):358-70. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/ab.20362>

47. Kaeser F, DiSalvo C, Moglia R. Sexual Behaviors of Young Children That Occur in Schools. *J Sex Educ Ther* [Internet]. déc 2000 [cité 5 juin 2018];25(4):277-85. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01614576.2000.11074361>

48. Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. mars 2003 [cité 12 juin 2018];42(3):269-78. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709605591>

49. Silovsky JF, Niec L. Characteristics of Young Children with Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. *Child Maltreat* [Internet]. août 2002 [cité 4 juin 2018];7(3):187-97. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559502007003002>

50. Friedrich WN, Davies WH, Feher E, Wright J. Sexual Behavior Problems in

Preteen Children: Developmental, Ecological, and Behavioral Correlates. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. 24 janv 2006 [cité 4 juin 2018];989(1):95-104. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1749-6632.2003.tb07296.x>

51. Merrick MT, Litrownik AJ, Everson MD, Cox CE. Beyond Sexual Abuse: The Impact of Other Maltreatment Experiences On Sexualized Behaviors. *Child Maltreat* [Internet]. mai 2008 [cité 5 juin 2018];13(2):122-32. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559507306715>

52. Meyer-Bahlburg HFL, Dolezal C, Sandberg DE. The Association of Sexual Behavior with Externalizing Behaviors in a Community Sample of Prepubertal Children. *J Psychol Hum Sex* [Internet]. 12 oct 2000 [cité 6 juin 2018];12(1-2):61-79. Disponible sur: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J056v12n01\\_05](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J056v12n01_05)

53. St. Amand A, Bard DE, Silovsky JF. Meta-Analysis of Treatment for Child Sexual Behavior Problems: Practice Elements and Outcomes. *Child Maltreat* [Internet]. mai 2008 [cité 3 juin 2018];13(2):145-66. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559508315353>

54. Gray A, Pithers WD, Busconi A, Houchens P. Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse Negl.* 1999;23(6):601–621.

55. Gray A, Busconi A, Houchens P, Pithers WD. Children with sexual behavior problems and their caregivers: Demographics, functioning, and clinical patterns. *Sex Abuse J Res Treat* [Internet]. oct 1997 [cité 5 juin 2018];9(4):267-90. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF02674853>

56. Allen B. Children with Sexual Behavior Problems: Clinical Characteristics and Relationship to Child Maltreatment. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. avr 2017 [cité 6 juin 2018];48(2):189-99. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10578->

016-0633-8

57. Elkovitch N, Latzman RD, Hansen DJ, Flood MF. Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clin Psychol Rev* [Internet]. nov 2009 [cité 6 juin 2018];29(7):586-98. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735809000889>
58. Lepage J, Tourigny M, Pauzé R, McDuff P, Cyr M. Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés. *Sexologies* [Internet]. avr 2010 [cité 4 juin 2018];19(2):119-26. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1158136009000760>
59. Friedrich B. Correlates of Sexual Behavior in Young Children. *J Child Custody* [Internet]. 25 oct 2005 [cité 6 juin 2018];2(3):41-55. Disponible sur: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J190v02n03\\_03](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J190v02n03_03)
60. Myers JEB, American Professional Society on the Abuse of Children, éditeurs. *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002. 582 p.
61. Friedrich WN, Beilke RL, Urquiza AJ. Children from sexually abusive families: A behavioral comparison. *J Interpers Violence*. 1987;2(4):391–402.
62. Johnson TC. Child perpetrators—Children who molest other children: Preliminary findings. *Child Abuse Negl*. 1988;12(2):219–229.
63. Ensink K, Godbout N, Bigras N, Lampron J, Sabourin S, Normandin L. Persistent and Transitory Sexualized Behavior Problems in Children. *Child Psychiatry Hum Dev* [Internet]. 6 janv 2018 [cité 5 juin 2018]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10578-017-0778-0>
64. Putnam FW. Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *J Am*

Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. mars 2003 [cité 6 juin 2018];42(3):269-78.

Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709605591>

65. McClellan J, McCurry C, Ronnei M, Adams J, Eisner A, Storck M. Age of Onset of Sexual Abuse: Relationship to Sexually Inappropriate Behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. oct 1996 [cité 6 juin 2018];35(10):1375-83. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709636418>

66. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* janv 1993;113(1):164-80.

67. Tarren-Sweeney M. Predictors of Problematic Sexual Behavior Among Children With Complex Maltreatment Histories. *Child Maltreat* [Internet]. mai 2008 [cité 5 juin 2018];13(2):182-98. Disponible sur:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559508316043>

68. Cosentino CE, Meyer-Bahlburg HFL, Alpert JL, Weinberg SL, Gaines R. Sexual Behavior Problems and Psychopathology Symptoms in Sexually Abused Girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. août 1995 [cité 6 juin 2018];34(8):1033-42. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709633475>

69. Hall DK, Mathews F, Pearce J. Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children<sup>1</sup>. *Child Abuse Negl.* 1998;22(10):1045–1063.

70. Latzman NE, Latzman RD. Exploring the Link Between Child Sexual Abuse and Sexually Intrusive Behaviors: The Moderating Role of Caregiver Discipline Strategy. *J Child Fam Stud* [Internet]. févr 2015 [cité 10 juin 2018];24(2):480-90. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10826-013-9860-9>

71. Allen B, Thorn BL, Gully KJ. A Comparison of Self-Reported Emotional and

Trauma-Related Concerns Among Sexually Abused Children With and Without Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat* [Internet]. mai 2015 [cité 6 juin 2018];20(2):136-40. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559514566864>

72. Allen B, Thorn BL, Gully KJ. A Comparison of Self-Reported Emotional and Trauma-Related Concerns Among Sexually Abused Children With and Without Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat* [Internet]. mai 2015 [cité 3 juin 2018];20(2):136-40. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559514566864>

73. Gray A, Pithers WD, Busconi A, Houchens P. Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: treatment implications. *Child Abuse Negl* [Internet]. juin 1999 [cité 3 juin 2018];23(6):601-21. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213499000277>

74. Bonner BL, Walker CE, Berliner L. Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment. National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information; 2001.

75. Newton RR, Litrownik AJ, Landsverk JA. Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse Negl* [Internet]. oct 2000 [cité 6 juin 2018];24(10):1363-74. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213400001897>

76. James S, Landsverk J, Slymen DJ, Leslie LK. Predictors of Outpatient Mental Health Service Use—The Role of Foster Care Placement Change. *Ment Health Serv Res* [Internet]. sept 2004 [cité 6 juin 2018];6(3):127-41. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1023/B:MHSR.0000036487.39001.51>

77. Hoyle SG. The sexualized child in foster care: a guide for foster parents and other professional. Washington, DC: CWLA; 2000. 115 p.

78. Friedrich WN, Grambsch P, Damon L, Hewitt SK, Koverola C, Lang RA, et al.

Child sexual behavior inventory: normative and clinical comparisons. *Psychol Assess.* 1992;4(3):303.

79. Letourneau EJ, Schoenwald SK, Sheidow AJ. Children and Adolescents with Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat* [Internet]. févr 2004 [cité 31 août 2018];9(1):49-61. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559503260308>

80. Ovidie. A un clic du pire - La protection des mineurs à l'épreuve d'Internet. Anne Carrière; 250 p.

81. Loaëc A-C. « La découverte de la première vidéo pornographique se fait désormais avant le collège » [Internet]. Ouest France. 2018 [cité 30 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/societe/la-decouverte-de-la-premiere-video-pornographique-se-fait-desormais-avant-le-college-5582578>

82. Friedrich WN, Baker AJ, Parker R, Schneiderman M, Gries L, Archer M. Youth with problematic sexualized behaviors in the child welfare system: A one-year longitudinal study. *Sex Abuse J Res Treat.* 2005;17(4):391–406.

83. Curwen T, Jenkins JM, Worling JR. Differentiating Children with and without a History of Repeated Problematic Sexual Behavior. *J Child Sex Abuse* [Internet]. 19 mai 2014 [cité 5 sept 2018];23(4):462-80. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10538712.2014.906529>

84. Carpentier MY, Silovsky JF, Chaffin M. Randomized trial of treatment for children with sexual behavior problems: Ten-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2006 [cité 3 juin 2018];74(3):482-8. Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.74.3.482>

85. Silovsky JF, Niec L, Bard D, Hecht DB. Treatment for Preschool Children With Interpersonal Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. *J Clin Child Adolesc Psychol*

[Internet]. 17 juill 2007 [cité 3 juin 2018];36(3):378-91. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410701444330>

86. Lussier P. Juvenile Sex Offending Through a Developmental Life Course Criminology Perspective: An Agenda for Policy and Research. *Sex Abuse J Res Treat* [Internet]. févr 2017 [cité 25 févr 2018];29(1):51-80. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1079063215580966>

87. Chaffin M, Berliner L, Block R, Johnson TC, Friedrich WN, Louis DG, et al. Report of the ATSA Task Force on Children With Sexual Behavior Problems. *Child Maltreat* [Internet]. mai 2008 [cité 16 mai 2018];13(2):199-218. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559507306718>

88. Ruel M. Pédopsychiatrie et enfance en danger. *Empan* [Internet]. 2006 [cité 3 sept 2018];62(2):84. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-empan-2006-2-page-84.htm>

89. Rault F. Protection administrative ou signalement judiciaire : une mise au point sur les devoirs et les responsabilités des professionnels. *Enfances Psy* [Internet]. 2013 [cité 3 sept 2018];60(3):66. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2013-3-page-66.htm>

90. Article R4127-43 [Internet]. Code de Santé Publique. Sect. Sous-section 2 : Devoirs envers les patients, Article R4127-43. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912906&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>

91. Article R4127-44 [Internet]. Code de Santé Publique. Sect. Sous-section 2 : Devoirs envers les patients, Article R4127-44. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6C5F798DD83E34CD725CFB794661ED00.tplgfr31s\\_3?idArticle=LEGIARTI000006912910&cidTexte=LEG](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6C5F798DD83E34CD725CFB794661ED00.tplgfr31s_3?idArticle=LEGIARTI000006912910&cidTexte=LEG)

ITEXT000006072665&dateTexte=20040808&categorieLien=id&oldAction=&nbResult  
Rech=

92. Article 226-14 [Internet]. Code Pénal. Sect. De l'atteinte au secret nov 7, 2015.

Disponible sur:

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6C5F798DD83E34CD  
725CFB794661ED00.tplgfr31s\\_3?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEG](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6C5F798DD83E34CD725CFB794661ED00.tplgfr31s_3?idArticle=LEGIARTI000031428820&cidTexte=LEG)

ITEXT000006070719&dateTexte=20180903&categorieLien=id&oldAction=&nbResult

Rech=

93. Enfant en danger : comment le signaler ? [Internet]. [cité 3 sept 2018].

Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781>

94. Article 375 [Internet]. Code Civil. Sect. Section 2 : De l'assistance éducative

mars 16, 2016. Disponible sur:

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT0000060707  
21&idArticle=LEGIARTI000006426776](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000006426776)

95. Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet].

Haute Autorité de Santé; 2017 [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: [https://www.has-  
sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)

[11/fiche\\_memo\\_maltraitance\\_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)

96. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-3. Code de l'action sociale et des familles.

97. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-4. Code de l'action sociale et des familles.

98. Code de procédure pénale - Article 40-1. Code de procédure pénale.

99. Code civil - Article 375-5. Code civil.

100. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-

293 mars 5, 2007.

101. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

102. Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels | Legifrance [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/28/FDFA1620933D/jo/texte>

103. La Cellulre départementale de Recueil, de traitement et d'évaluation [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011\\_guideprat\\_cellule\\_depart.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2011_guideprat_cellule_depart.pdf)

104. Code de l'action sociale et des familles - Article R226-2-2 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Sect. Section 2 bis: Information Préoccupante. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000028251430>

105. Code de l'action sociale et des familles - Article L221-1. Code de l'action sociale et des familles.

106. Code de l'action sociale et des familles - Article L222-2. Code de l'action sociale et des familles.

107. Code de l'action sociale et des familles - Article L223-2. Code de l'action sociale et des familles.

108. Code de l'action sociale et des familles - Article L222-3. Code de l'action sociale et des familles.

109. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.

110. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.
111. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. | Legifrance [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069158>
112. Arrêté du 2 février 2011 portant création de la mesure judiciaire d'investigation éducative.
113. Code civil - Article 375-2. Code civil.
114. Code civil - Article 375-3. Code civil.
115. Code pénal - Article 122-8. Code pénal.
116. Garde à vue ou retenue d'un mineur [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1469>
117. Code pénal - Article 222-23. Code pénal.
118. Code pénal - Article 222-22. Code pénal.
119. Code pénal - Article 222-27. Code pénal.
120. Marcelli D, Cohen D. L'examen de l'enfant. In: Enfance et psychopathologie. 10e édition. Elsevier Masson; 2016. (Les âges de la vie).
121. Houzel D. L'examen psychiatrique. In: Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Deuxième édition. Paris: PUF; 1985. p. 615-30. (Quadrige Manuels; vol. 1).
122. Hayez J-Y. La sexualité des enfants. Odile Jacob; 2004.
123. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
124. Bokanowski T. Les déviations sexuelles et la question des perversions

sexuelles. In: Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Deuxième édition. Paris: PUF; 1985. p. 1413-35. (Quadrige Manuels; vol. 2).

125. D'Ambrogio T, Speranza M. Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. janv 2012 [cité 17 août 2018];60(1):52-61. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S022296171100184X>

126. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. *Arch Pédiatrie* [Internet]. janv 2014 [cité 17 août 2018];21(1):7-12. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X13005617>

127. Richard Y, Saint-Andre S, Lazartigues A. Caractéristiques d'une cohorte d'enfants et d'adolescents de la liste d'attente de consultation d'un service universitaire sectorisé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Brest. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. nov 2008 [cité 17 août 2018];56(7):430-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961708000949>

128. Le Galudec M, Richard Y, Saint-André S, Garlantézec R, Lazartigues A. Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. janv 2011 [cité 17 août 2018];59(1):1-7. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961709002347>

129. Delannoy E, Goeb J-L. Accueil non programmé des enfants et des adolescents en pédopsychiatrie sur le CHRU de Lille : état des lieux en 2008 et perspectives. *Lille 2*; 2008.

130. Marcelli D, Cohen D. Psychopathologie des troubles à expression comportementale. In: *Enfance et psychopahtologie*. 10e édition. Elsevier Masson;

2016. (Les âges de la vie).

131. Coinçon Y. Classifications : soeurs et rivales. Enjeux pour la pédopsychiatrie. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2013 [cité 3 sept 2018];89(4):311. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-4-page-311.htm>

132. Garrabé J. Nosographie et classifications des maladies mentales dans l'histoire de la psychiatrie. *L'Évolution Psychiatr* [Internet]. janv 2014 [cité 3 sept 2018];79(1):5-18. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014385513001515>

133. Pull CB. DSM-5 et CIM-11. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. oct 2014 [cité 3 sept 2018];172(8):677-80. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448714002431>

134. OMS | Classification internationale des maladies (CIM)-11<sup>e</sup>révision [Internet]. WHO. [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/features/2012/international\\_classification\\_disease\\_faq/fr/](http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/)

135. Misès R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012. 5e édition. Presses de l'EHESP; 2012.

136. Crocq M-A. Les principes du DSM. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. oct 2014 [cité 3 sept 2018];172(8):653-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448714002297>

137. Organisation Mondiale de la Santé, éditeur. Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Critères diagnostiques pour la recherche. Paris: Elsevier Masson; 1994. 226 p.

138. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. [cité 5 sept 2018]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

139. Joussetme C. Pathologies limites de l'enfance : entre théories, classifications et pratique clinique. In: Les troubles limites chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. ERES; 2012 [cité 23 août 2018]. p. 13. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-troubles-limites-chez-l-enfant-et-l-adolescent--9782749215891-page-13.htm>
140. Perraudin M, Coulon S, Willoquet G, Welniarz B. La prescription hors autorisation de mise sur le marché (hors AMM) en pédopsychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2018;94(2):101–107.
141. Winterfeld U, Le Heuzey M-F, Acquaviva E, Mouren M-C, Brion F, Bourdon O. Utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) des psychotropes en pédiatrie : une étude prospective. *Arch Pédiatrie* [Internet]. sept 2009 [cité 20 août 2018];16(9):1252-60. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X0900267X>
142. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. 2011-2012 déc 29, 2011.
143. Coulon S, Azibi I, Willoquet G, Biour M. Prescription médicamenteuse en pédopsychiatrie. Pharmacocinétique des psychotropes chez l'enfant. *Inf Psychiatr.* 2018;94(2):95–100.
144. Menard M-L, Askenazy F, Auby P, Bonnot O, Cohen D. Améliorer la surveillance de la tolérance pédiatrique des antipsychotiques en France. *Arch Pédiatrie* [Internet]. janv 2015 [cité 20 août 2018];22(1):92-7. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X14004837>
145. Bousquet E, Purper-Ouakil D. Les effets indésirables des antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent et leur surveillance. *Inf Psychiatr.* 2018;94(2):115–120.
146. Marcelli D, Cohen D. Traitements psychotropes chez l'enfant. In: *Enfance et psychopathologie*. 10e édition. Elsevier Masson; 2016. p. 775-800. (Les âges de la

vie).

147. Welniarz B. Actualités du traitement pharmacologique de la dépression de l'adolescent. *Inf Psychiatr.* 2018;94(6):468–474.

148. Purper-Ouakil D, Cohen D, Flament M-F. Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent : mise au point des données d'efficacité et de tolérance. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* [Internet]. janv 2012 [cité 18 août 2018];60(1):20-9. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961711000316>

149. Lauth B. Thymoregulators in child psychiatry and adolescents. *Inf Psychiatr.* 2018;94(6):500–505.

150. Deffinis B, Purper-Ouakil D. L'utilisation des antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles. *Inf Psychiatr.* févr 2018;94:109-224.

151. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 1: Psychostimulants, Alpha-2 Agonists, and Atomoxetine. *Can J Psychiatry* [Internet]. févr 2015 [cité 18 août 2018];60(2):42-51. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371506000202>

152. Deschamps C, Henriët X, Welniarz B. Mise au point sur le traitement pharmacologique de l'agressivité de l'enfant et de l'adolescent. *Inf Psychiatr.* juin 2018;94:475-84.

153. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/commun/entetedoc.php?typedoc=R&specid=6899234>

6&ref=R0320384.htm

154. Carton L. Prescription hors AMM des antipsychotiques chez l'enfant, l'adulte et la personne âgée : état des lieux des pratiques à travers une revue systématique de la littérature [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. [Pôle Recherche Faculté de Medecine Lille 2]: Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2015.

155. Allen B. Implementing Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) With Preteen Children Displaying Problematic Sexual Behavior. *Cogn Behav Pract.* 2017;

156. Pithers WD, Gray A, Busconi A, Houchens P. Children with Sexual Behavior Problems: Identification of Five Distinct Child Types and Related Treatment Considerations. *Child Maltreat* [Internet]. nov 1998 [cité 3 juin 2018];3(4):384-406. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559598003004010>

157. Silovsky JF, Niec L. Characteristics of Young Children with Sexual Behavior Problems: A Pilot Study. *Child Maltreat* [Internet]. août 2002 [cité 3 juin 2018];7(3):187-97. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559502007003002>

158. Shawler PM, Elizabeth Bard M, Taylor EK, Wilsie C, Funderburk B, Silovsky JF. Parent-Child Interaction Therapy and young children with Problematic Sexual Behavior: A conceptual overview and treatment considerations. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. janv 2018 [cité 3 juin 2018];84:206-14. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740917306795>

159. Araji S, éditeur. Sexually aggressive children: coming to understand them. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1997. 246 p.

160. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A Multisite, Randomized Controlled Trial for Children With Sexual Abuse–Related PTSD Symptoms. *J Am Acad*

Child Adolesc Psychiatry [Internet]. avr 2004 [cité 10 juin 2018];43(4):393-402.  
Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709612454>

161. Cohen JA, Berliner L, Mannarino A. Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. Child Abuse Negl [Internet]. avr 2010 [cité 10 juin 2018];34(4):215-24. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213410000517>

162. Stauffer LB, Deblinger E. Cognitive Behavioral Groups for Nonoffending Mothers and their Young Sexually Abused Children: A Preliminary Treatment Outcome Study. Child Maltreat [Internet]. févr 1996 [cité 10 juin 2018];1(1):65-76. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559596001001007>

163. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative Efficacies of Supportive and Cognitive Behavioral Group Therapies for Young Children Who have been Sexually Abused and their Nonoffending Mothers. Child Maltreat [Internet]. nov 2001 [cité 10 juin 2018];6(4):332-43. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559501006004006>

164. Allen B, Timmer SG, Urquiza AJ. Parent–Child Interaction Therapy for sexual concerns of maltreated children: A preliminary investigation. Child Abuse Negl [Internet]. juin 2016 [cité 3 juin 2018];56:80-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213416300643>

165. Marcelli D, Cohen D, Catherine N. Sectorisation et structures de soins en psychiatrie de l'enfant. In: Enfance et psychopathologie. 10e édition. Elsevier Masson; 2016. (Les âges de la vie).

166. Raffarin J-P, Douste-Blazy P, Fillon F, Perben D, Montchamp M-A. Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques [Internet].



174. Delville M. L'utilisation du dessin de famille en pédopsychiatrie. Validité diagnostique d'une grille d'évaluation projective du dessin de famille concernant l'organisation psychopathologique. [Mémoire].
175. Anzieu D, Chabert C, Louët Estelle. Les méthodes projectives. PUF; 2017. (Quadrige).
176. Chabert C. Psychanalyse et méthodes projectives. DUNOD; 2013. (Les topos).
177. Bergeret J, Achaintre A, Becache A, Boulanger J., Chartier JP, Dubor P, et al. Abrégé de psychologie pathologique. Deuxième édition. Paris: Masson; 1974. (Abrégés).
178. Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, Georgieff N, Roman P. Narcissisme primaire: définition et évolution. In: Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Elsevier-Masson; 2007. p. 53-107. (Psychologie).
179. Freud S. L'épreuve de satisfaction. Esquisse d'une pensée scientifique. In: Naissance de la psychanalyse. 4e édition. PUF; 1979. p. 336-8.
180. Freud S. Angoisse, douleur et deuil. In: Inhibition, symptôme et angoisse. 4eme édition. PUF; 1973. p. 98-102. (Bibliothèque de psychanalyse).
181. Geissmann N. Découvrir W.R. Bion: explorateur de la pensée. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2001. 204 p. (Enfances & psy).
182. Misès R. Les pathologies limites de l'enfance. In: Nouveau Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Deuxième édition. Paris: PUF; 1985. p. 1347-61. (Quadrige Manuels; vol. 2).
183. Winnicott DW. La théorie de la relation parent-nourrisson. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Deuxième édition. France: Payot; 1960. p. 358-78. (Sciences de l'homme).
184. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In: De la pédiatrie à la

psychanalyse. Deuxième édition. France: Payot; 1956. p. 285-91. (Sciences de l'homme).

185. Winnicott DW. L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Deuxième édition. France: Payot; 1949. p. 135-49. (Sciences de l'homme).

186. Winnicott DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Deuxième édition. France: Payot; 1951. p. 167-86. (Sciences de l'homme).

187. Klein M. Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. In: Développements de la psychanalyse. Quatrième édition. PUF; 1966. (Quadrige).

188. Estellon V. Les états limites. 1ère édition. France: PUF; 2010. (Que sais-je ?).

189. Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage et la tendresse de la passion. In: Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Payot & Rivages; 2015. p. 29-54. (Petite Biblio Payot Classiques).

190. Winnicott DW. Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « Self ». In: Processus de maturation chez l'enfant Développement affectif et environnement. 1ère édition. Payot; 1960. p. 115-31. (Sciences de l'homme).

191. Roudinesco E, Plon M. Dictionnaire de la psychanalyse. 1ère édition. Fayard; 1997.

192. Athanassiou-Popesco C. Le moi dans la défense maniaque. Rev Fr Psychanal [Internet]. 2015 [cité 1 sept 2018];79(4):1026. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2015-4-page-1026.htm>

193. Winnicott DW. La défense maniaque. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot; 1935. p. 19-36. (Sciences de l'homme).

194. Taine A, Condamin C. De l'agir destructeur au processus de symbolisation: À propos de la psychothérapie d'un enfant. Cliniques [Internet]. 2015 [cité 1 sept 2018];9(1):96. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-cliniques-2015-1-page-96.htm>

195. Winnicott DW. Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique. In: De la pédiatrie à la psychanalyse. Deuxième édition. France: Payot; 1954. p. 250-67. (Sciences de l'homme).



## Annexe 2 : Grille d'évaluation du dessin de famille

Annexe 2 : Grille d'évaluation du dessin de famille	
<p><b>Fiche de recueil Dessin</b></p> <p>Réalisé au cours des deux premières semaines d'hospitalisation.</p> <p>Consigne : « Je vais te demander, s'il est possible, de faire le dessin d'une famille. »</p> <p>Relance évaluation du contenu narratif : « Et si ça racontait une histoire, ce serait quelle histoire ? »</p> <p>Matériel : 3 feuilles de papier, 10 crayons de couleur, 1 crayon de bois.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Eléments de réalisation du dessin</b></li> </ul> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Présentation posturo tonique de l'enfant ou de l'adolescent durant la passation :</i></p> <p>globalement hypotonique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>globalement hypertonique et tendu : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>en recherche d'équilibre : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>fluctuant : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Utilisation usuelle du matériel : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>La réalisation s'appuie sur des capacités visuo perceptives satisfaisantes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Temps de latence de la réponse supérieur à 2 minutes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Répétition consigne : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Aménagement du dispositif nécessaire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Utilisation feuille :</i></p> <p>en hauteur <input type="checkbox"/> - en largeur <input type="checkbox"/></p> <p>utilisation de tout l'espace de la feuille (plus de 75 % de l'espace de la feuille est occupé par des productions graphiques): oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Qualité du trait :</i></p> <p>faible <input type="checkbox"/> - ajusté <input type="checkbox"/> - appuyé <input type="checkbox"/></p> <p>continu <input type="checkbox"/> - haché <input type="checkbox"/></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Utilisation des couleurs :</i></p> <p>monochrome : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui quelle couleur :</p> <p>poly chrome : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Analyse du contenu graphique : noter le plus haut niveau développemental ou plusieurs items si productions graphiques dysharmoniques.</b></li> </ul> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Eléments pré figuratifs :</i></p> <p>Traits : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Courbes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Spirales : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Cercles : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Eléments figuratifs :</i></p> <p>Bonhomme fétard : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Bonhomme type avec tronc : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Bonhomme avec membres à double contours : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Bonhomme de profil : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Bonhomme à l'adolescence :</p> <p>Stylisé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Caricaturé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Différences des sexes : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Différences des générations : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Présence d'éléments de décor : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Présence arrière-plan/ premier plan : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <i>Eléments symbolisés :</i></p> <p>De manière métaphorique (une représentation pour une autre):</p> <p>De manière métonymique (une partie pour le tout):</p>

• **Analyse du contenu verbal**

Thème global choisi :

Capacité de scénarisation :

Spontanée : oui  non

Nécessite d'être soutenue au démarrage du récit « il était une fois » : oui  non

Nécessite d'être soutenue toute la narration : oui  non

L'organisation du scénario :

Situation initiale : oui  non

Problématique intercurrente : oui  non

Temps de résolution : oui  non

• **Relation à l'examineur pendant la réalisation :**

Ajustée : oui  non

Évitante : oui  non

Adhésive : oui  non

Anaclitique : oui  non

Fluctuante : oui  non

**Hypothèses quant à la nature de l'angoisse prévalente:**

Angoisse de morcellement : oui  non

Angoisse de perte d'objet : oui  non

Angoisse de castration : oui  non

**Hypothèses quant au type de relation d'objet prévalent :**

Relation d'objet fusionnelle : oui  non

Relation d'objet anaclitique : oui  non

Relation d'objet de type génitale : oui  non

**Mécanismes de défense apparaissant au cours de la passation dans le contenu projectif et la relation à l'examineur :**

Déni : oui  non

Clivage : oui  non

Projection : oui  non

Identification projective : oui  non

Formation réactionnelle : oui  non

Formation substitutive : oui  non

Formation de compromis : oui  non

Annulation : oui  non

Dénégation : oui  non

**Hypothèse d'organisation psychopathologique prévalente au cours de la passation :**

Organisation de type psychotique : oui  non

Organisation de type état-limite : oui  non

Organisation de type névrotique : oui  non



**AUTEUR : Nom : Ollitrault**

**Prénom : Emeline**

**Date de Soutenance : 2 octobre 2018**

**Titre de la Thèse : Les comportements sexuels problématiques chez l'enfant : Point de vue pédopsychiatrique de l'évaluation dans une perspective de prise en charge.**

*Revue de la littérature et étude de cas cliniques*

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : DES Psychiatrie**

**Mots-clés : comportements sexuels problématiques, enfants, pédopsychiatrie, évaluation, traitement, maltraitance sexuelle, maltraitance physique, exposition à la pornographie, trouble externalisés, troubles internalisés, psychopathologie, organisation limite, psychothérapie, partenariat, justice des mineurs, protection de l'enfance**

**Résumé :** Contrairement aux représentations, les comportements sexuels sont fréquents chez les enfants de moins de 13 ans. A contrario, certains comportements sexuels dits problématiques (CSP) doivent alerter. Au regard de la littérature, les enfants présentant des CSP souffriraient régulièrement de troubles pédopsychiatriques. Ils seraient plus susceptibles d'avoir subi des maltraitances sexuelles et physiques. Leur vie familiale serait émaillée de rupture et leur famille soumise à de nombreux facteurs de stress. L'exposition précoce à la sexualité, faisant effraction, jouerait un rôle dans l'apparition des CSP. Avec une prise en charge thérapeutique, les CSP diminuent de façon significative. Les adultes constatant ces CSP sont souvent amenés à alerter les autorités administratives ou judiciaires et des mesures sont régulièrement mises en place. L'évaluation pédopsychiatrique d'un enfant présentant des CSP respecte les principes habituels et a pour objectifs de formuler une hypothèse diagnostique et de proposer des soins éventuels. Les classifications américaine (DSM-5) et internationale (CIM-10), proposent des diagnostics prenant en compte les troubles du comportement. La Classification des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent propose une lecture psychopathologique d'inspiration psychanalytique. Le traitement pharmacologique doit toujours être prescrit dans le cadre d'une prise en charge multidimensionnelle. Le traitement spécifique du trouble sous-jacent est à privilégier et un traitement symptomatique (le plus souvent la risperidone) est censé être de courte durée. La psychothérapie est le traitement de première intention. Pourtant, de nombreux freins viennent mettre à mal sa mise en place.

A Lille, l'Unité Régionale pour le Suivi des Auteurs de Violences Sexuelles propose des aides aux équipes impliquées. Une évaluation pédopsychiatrique a été proposée à quatre enfants qui y sont rencontrés. Cette étude de cas mettait en évidence des garçons particulièrement vulnérables, ayant été exposés à différents types de maltraitance. Systématiquement, la protection de l'enfance était impliquée et des mesures judiciaires avaient été prises. Des troubles pédopsychiatriques internalisés et externalisés étaient retrouvés. Concernant l'analyse psychopathologique, un fonctionnement limite était retrouvé dans les quatre cas et appuyait l'intérêt et l'importance de soins psychothérapeutiques en articulation avec les différents partenaires impliqués.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Pierre Thomas**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin, Monsieur le Professeur Renaud Jardri, Monsieur le Dr François Medjkane**