

## SOMMAIRE

### Chapitre I : L'enfant et l'enfance quelques données générales

#### I. Introduction

- 1.1 L'importance de la stimulation des milieux
- 1.2 Plasticité de l'enfant
- 1.3 Signification de l'enfant
- 1.4 Une description de la croissance est-ce possible ?

#### II. Le développement psychologique et ses caractéristiques

- 2.1 Phase pré natale et naissance
- 2.2 La naissance
  - a. Les actes moteurs
  - b. La vie psychique
  - c. Retour dans le psychisme alimentaire

#### III. Le début de la sociabilité

- a. Le contact avec les pairs
- b. Les premières réactions émotionnelles
- c. Données sommaires du développement moteur
  - Du point de vue psychomoteur

#### IV. La période de l'expression subjective de 1 à 3 ans

- 4.1 Caractérisation du stade
  - a. Les progrès de la motricité
  - b. Du point de vue psychomoteur
  - c. Intelligence
  - d. Généralités
  - e. La représentation
- 4.2 Le langage
  - a. Des mots
  - b. L'égoïsme et la transduction

#### V. L'évolution affective et sociale

- 5.1 L'acquisition du contrôle des sphincters
- 5.2 Le problème de l'oedipe
- 5.3 La conscience morale primitive
  - a. Le problème affectif : la jalousie
  - b. Le développement psychomoteur
  - c. La socialisation par les pairs
  - d. Les caractéristiques intellectuelles
  - e. La mobilité

## VI. La transformation de la pensée : la logique

- 5.1 l'évolution affective
- 5.2 la maturité enfantine

## Chapitre II : La psychologie de l'Adolescent

### I. Qu'est ce que l'Adolescence ?

### II. Les étapes de l'Adolescence

- 2.1 L'attente ou la phase de la puberté
- 2.2 La phase de changement
- 2.3 Le changement est aussi d'ordre psychologique
- 2.4 La phase de la découverte

### III. Le développement à l'adolescence

### IV. L'adolescent et son corps

### V. L'affectivité à l'adolescence

- 5.1 Les émotions de l'adolescent
- 5.2 La déprime et la dépression
  - A. La déprime
  - B. La dépression
    - Comment reconnaître la dépression et quels sont facteurs y afférents ?
    - L'intensité de l'apparition de la dépression
    - La durée de l'ensemble de la manifestation
    - La relative brutalité de la survenue de l'ensemble de ces manifestations
- 5.3 L'organisation caractérielle de l'Adolescent

### VI. Le comportement social de l'Adolescent

### VII. La crise d'identité à l'adolescence

- 7.1 Une crise endogène et exogène
- 7.2 L'appartenance à un groupe
- 7.3 Les risques de la non identification
- 7.4 L'identité sexuelle
  - a. Que faire avec ce nouveau corps désormais porteur de sexe reconnaissable ?
  - b. L'issue hétérosexuelle
  - c. L'issue homosexuelle

- 7.5 Quelques problèmes liés à l'adolescence
- a. La toxicomanie
  - b. Problèmes liés à l'évolution de la sexualité
  - c. Les accidents
  - d. Les tentatives de suicides et les suicides

### **Chapitre III : maltraitance et enfance-adolescence en danger**

#### **I. Définition**

- 1.1 Maltraitance à enfant
- 1.2 Notion de « mineurs en danger »

#### **II. Épidémiologie de la maltraitance**

#### **III. Signes comportementaux**

- 3.1 Chez les nourrissons
- 3.2 Chez l'enfant d'âge scolaire
- 3.3 Chez l'adolescent

#### **IV. Contexte familial**

#### **V. Facteurs de risques**

- 5.1 Une conjugaison de facteurs de risques
  - a. Un enfant cible
  - b. Des parents ou des adultes à risques
- 5.2 L'interaction maltraitante
  - 5.2.1 Du côté des parents
  - 5.2.2 Du côté de l'enfant

#### **VI. LES ABUS SEXUELS**

- 6.1 Définition des abus sexuels
- 6.2 Les signes révélateurs
- 6.3 Fréquences des abus sexuels
- 6.4 Les auteurs d'abus sexuels
- 6.5 L'inceste

#### **VII. La maltraitance psychologique**

#### **VIII. Aspects médico-légaux et signalement**

- 8.1 Code de déontologie médicale

## 8.2 Code pénal

### **Chapitre IV : Récapitulons : Dans quelles circonstances évoque t'on un abus sexuel ?**

- A. l'abus sexuel peut être, après dévoilement, le motif de la consultation
- B. Un traumatisme des organes génitaux peut être le motif de la consultation et faire suspecter un abus sexuel.
- C. Infections gynécologiques.
- D. Troubles fonctionnels
- E. Troubles du comportement.
- F. Les tentatives de suicides.
- G. À la limite de la définition des abus sexuels.

### **CONCLUSIONS ET ELEMENTS D'AIDE A L'ENTRETIEN**

## CHAPITRE I :

### L'ENFANT ET L'ENFANCE QUELQUES DONNÉES GÉNÉRALES:

**CE RESUME DE LA PSYCHOLOGIE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT POURRA VOUS SERVIR DE GRILLE DE LECTURE POUR LES ENFANTS DE 0 A 12 ANS, UNE BASE DE LA "NORMALITE".**

#### I. Introduction

Un enfant est-ce la continuité de ce qui est déjà là ?

Ou est-ce un être unique ?

Au travers de cette question se pose de manière évidente le problème de l'inné et de l'acquis. Nous savons bien en effet que l'enfant ressemblera à ceux qui l'ont précédé mais nous savons qu'il sera lui-même. Dans le « il est tout son père ou toute sa mère », la ressemblance physique infère souvent la ressemblance psychologique. Il faut cependant reconnaître qu'en terme d'hérédité psychologique nous sommes bien loin de nos connaissances génétiques. Si les enfants issus des milieux favorisés socio économiquement, s'ils se révèlent plus intelligents, c'est que leur milieu a été riche en stimulation et en apport développant. On n'hérite pas d'intelligence, de trait de caractère, mais l'organisme et l'environnement sont en perpétuelle interaction. Selon les cas, certaines dispositions héréditaires sont favorisées et sollicitées.

##### 1.1. L'importance des stimulations des milieux:

Rappel : la non stimulation de certaines fonctions physiologiques entraîne leurs pertes.

Passé l'âge de six ans, le langage ne peut plus s'établir (enfant sauvage)

L'apport extérieur ne se limite cependant pas à un apport sensori-moteur, rappelons l'importance du milieu dans l'éducation. C'est dans les milieux les plus riches en stimulations intellectuelles que se trouve en gros les enfants les plus intelligents. Le problème de l'effet des stimulations ou des influences du milieu sur le développement de l'individu, constitue l'un des thèmes principaux de la psychologie de l'enfant.

##### 1.2. Plasticité de l'enfant

Un chat et un chien ne s'humanisent pas au contact de l'homme, un enfant se lupilise au contact des loups. L'être humain a une jeunesse des plus longues du règne animal, cette longue jeunesse permettrait

l'accroissement de la gamme des conduites possibles et l'élaboration d'un répertoire d'autant plus varié et plus plastique. L'expérience viendrait se substituer à l'instinct.

### 1.3. Signification de l'enfance

Claparède : « L'enfant n'est pas un enfant parce qu'il est petit, il est enfant pour devenir adulte ».

L'individu reste définitivement dépendant de l'autorité extérieure, faute de stimulations, fautes d'occasions certains secteurs du comportement, certains mécanismes ne peuvent s'élaborer mais il ne faut pas oublier les phénomènes de résiliences.

L'étude attentive du développement suggère l'existence de « période critique » au cours desquelles l'organisation psychique paraît particulièrement sensible à certaines formes de stimulation. Lorsqu'elles s'effectuent l'organisation psychique se transforme par des acquisitions nouvelles. Ces stimulations n'ont pas le même effet si elles surviennent tôt ou tard dans le développement. Il existe donc des moments proposés à l'établissement de certains types de conduite.

C'est sans doute une des principales tâches de la psychologie développementale, et éducationnelle que d'arriver à préciser la succession temporelle, le programme, de ces périodes critiques.

L'enfance c'est donc la période d'humanisation, l'enfance s'est donc par sa polyvalence et son indétermination la période où il est éduicable.

### 1.4. Une description de la croissance est-ce possible?

La description de la croissance psychologique et des grands traits de l'enfance est possible, il y a certains facteurs d'homogénéité et d'uniformisation. Mais attention tel trait relevé au début du siècle ne se retrouve pas nécessairement aujourd'hui. Si l'on peut décrire aujourd'hui la marche du développement psychologique, c'est qu'elle est en grande partie liée au développement anatomique qui s'avère être aussi un facteur limitant.

Par conséquent une sure stimulation avant le stade de maturation n'avance à rien.

Exemple : mettre et obliger un enfant à être sur le pot avant le second quart de la seconde année ne sert à rien, le contrôle sphinctérien n'étant pas acquis.

Il est vrai qu'en éducation perdre du temps équivaut, parfois à en gagner.

## II. Le développement psychologique et ses caractéristiques

Il ne faut pas croire que l'enfant est un récipient vide, toute nouvelle acquisition, toute expérience, toute connaissance nouvelle que l'enfant assimile, ne vient pas seulement s'ajouter mais modifier la précédente et est modifiée par elle en retour.

Tout élément nouveau introduit dans une totalité modifie celle-ci. La locomotion par exemple n'est pas seulement le gain d'un acte moteur, elle entraîne des modifications profondes des rapports spatiaux et visuels.

Chaque fois donc, il n'y a pas simple accroissement, simple augmentation quantitative, il y a en même temps et peut être surtout réorganisation, modification plus ou moins profonde de l'état antérieur.

Le psychisme est le théâtre de remaniement et de déplacement divers au cours du développement.

Ce développement n'est pas continu et régulier, il y a des périodes de stagnation et parfois des modifications brusques du jour au lendemain. (Les périodes de stimulation qui précèdent ces périodes d'acquisition ont été décrites comme des zones proximales de développement)

Dans cette organisation d'ensemble que constitue le psychisme, on n'a pu décrire :

- l'évolution sensori-motrice
- Psycho-sexuelle

- Affective
- Sociale.

### Le stade bébé 0 à 15 mois

Caractéristique générale :

- Apparition de la préhension
- Position debout
- Marche.
- Rudiment du langage

C'est durant cette phase que s'établissent les fondements de toute l'architecture de la personnalité.

#### 2.1. Phase prénatale et naissance.

Il est incontestable qu'une certaine forme de sensation et d'activité existe avant la naissance.

#### 2.2. La naissance□:

C'est un bouleversement complet de son équilibre. « Angoisse physiologique » pour Freud, cette étape est marquée par la nécessité de se nourrir, de respirer et de supporter les effets de la pesanteur.

L'équipement du nouveau-né :

Ils ont un équipement héréditaire différent des parents et ils ont un vécu prénatal.

a. Les actes moteurs : Téter/ Avaler/ Hoqueter/ Bailler/Eternuer/ Réflexe d'agrippement

b. La vie psychique :

Il éprouve des sensations différentes qui se succèdent et se superposent, il ne fait pas la différence entre celles qui sont internes et celles qui sont externes. En fait, il ne fait la différence entre ce qui est en lui et ce qui hors de lui. Le « moi » n'existe pas encore. Il n'y a ni objet ni personne, le temps et l'espace n'existe pas c'est une succession de « maintenant ».

Il y a en fait□ un début d'organisation psychique pas la répétition de situations semblable (par exemple la faim), on peut dire que bientôt il reconnaît la situation de nourrissage et s'apaise dès que sa mère le prend pour le nourrir, tout se passe comme si ayant faim, l'enfant savait ce qui doit lui arriver. La première forme d'expérience et de reconnaissance s'organise autour de l'alimentation. Mais il y a bien plus dans la tétée et dans les soins qui l'accompagne que la seule ingestion des aliments : Soins/ Contact humain/ Stimulation auditive, olfactive et kinesthésique.

Tout cela concourt à l'organisation archaïque des 1<sup>er</sup> états psychologiques.

Petit rappel□: Au cours des 3 premiers mois s'établit la coordination de la motricité oculaire

- A 3 semaines la convergence oculaire s'établit
- A 2 mois le regard suit le mobile (début du réflexe de poursuite)

c. Retour dans le psychisme alimentaire :

Bébé est dans le domaine de la sécurité, lié au caractère répétitif et satisfaisant des expériences alimentaires. Ces expériences constituent pour Erikson□ une des acquisitions essentielles et fondamentales de cet âge.

Ainsi se crée de nouvelle entité participant de la zone du connu et du reconnu, du satisfaisant et de l'agréable à laquelle la mère se trouve étroitement liée, ainsi se créent de nouvelle attente et de nouveaux besoins psychologiques s'émancipant du besoin alimentaire.

En opposition au domaine de la satisfaction et de la sécurité, celui de la frustration, du non identifiable fait son apparition.

Les débuts de la conscience se situeraient dans l'alternance de l'attente vaine, de l'absence, de l'insatisfaction et de la reconnaissance des situations familières de satisfaction.

La mère est participante à ces deux états, elle est à la fois associée aux besoins primaires. Bébé se confond avec elle, elle est en quelque sorte le lieu même de toutes les satisfactions, elle est le « moi » du bébé. Parfois elle est impliquée dans des situations pénibles et dans cette perspective elle tendrait à devenir objet extérieur, on peut dire qu'elle est de ce fait le premier autre.

### III. Les débuts de la sociabilité :

**Vers 2 mois** bb reconnaît le visage humain et sourit à celui-ci. Dès lors peut s'ébaucher un lien, une relation, comment ne pas sourire au bb qui sourit, l'enfant répondra par des émissions vocales aux sons que sa mère émet.

Il serait sans doute naïf d'accorder des contenus psychiques à ces vocalises. Il n'en reste pas moins que ces actes préparent les futurs échanges affectifs.

**Entre 4 et 6 mois**, le sourire est sélectif, il est réservé à la mère et aux familiers, bb commence à différencier autrui. C'est l'éveil d'une sensibilité sociale.

**A 6 mois** c'est le moment des jeux alternatifs.

Au même âge il faut signaler la joie dont il témoigne devant le miroir dans lequel, il se reconnaît, confirme sa propre existence (pour Lacan le stade du miroir se situe entre 6 et 18 mois), c'est l'âge où les premières imitations de l'adulte se dessinent.

**Entre 5 et 7 mois**, ils différencient les mimiques de l'adulte qui déclenchent des réactions différentes.

La discrimination des personnes se précise dans ce que Spitz a appelé **l'angoisse du 8<sup>ème</sup> mois** (stade durant lequel l'enfant prend conscience que sa mère et lui sont 2 personnes différentes). Il y a désormais ceux qu'on connaît, (sourire) et ceux que l'on ne connaît pas. (pleurs, peurs.)

A l'âge d'**un an** il découvre les conduites du baiser et se montre volontiers très généreux sur ce point. Si le mot papa apparaît, c'est le mot Maman qui apparaît en premier.

**Jusqu'à deux ans** même s'il différencie sa mère comme une entité extérieure, elle n'en reste pas moins la personne qui détermine sa sécurité et provoque une atmosphère de tendresse.

#### a. Le contact avec les pairs :

Dans cette période les contacts sont pauvres :

- 6 mois contact négatif
- 9 mois les partenaires sont pris en considération (lutte dans la prise d'objet)
- Il faudra attendre plusieurs mois pour que des contacts autres s'établissent.

#### b. Les premières réactions émotionnelles



Les émotions enfantines occupent toute la scène psychique d'où leur caractère total et absolu. Il convient à ce propos de rappeler que l'inconnu et le non familier ont une forte connotation anxiogène. De façon plus générale les rages correspondent au fait d'être contraint, contrecarré ou frustré.

Bridges lorsqu'il étudie l'enfant note:

Le plaisir (la notion de plaisir) n'apparaît que vers 2 mois, le rire vers 6 mois et la fierté vers 8 mois (tendresse et affection)

A 8 mois il y a organisation des actes en vue d'un but ,pour Piaget nous sommes au stade de l'intelligence sensori-motrice qui se détermine en fonction de l'objet.

Remarque : c'est en étant aimé qu'il apprend à se voir comme aimable

### c. Données sommaires du développement moteur :

- Du point de vue psychomoteur :

C'est le **stade impulsif de 0 à 3 mois** : caractérisé par des mouvements spasmodiques et incontrôlés et un désordre gestuel.

De **3 mois à un an** : c'est le stade émotionnel où les gestes de l'enfant deviennent utiles et tendent à exprimer à l'entourage des exigences affectives.

- Développement moteur :

**3 premiers mois** : bouche et yeux

**3 à 6 mois** : région de la tête du coup et des épaules

**6 à 9 mois** : tronc bras et main

**9 à 12 mois** : langue, doigt et jambe

Il y a donc un **développement céphalo-caudal et proximo-distal**

**1 mois** : réflexe de succion/ fixation oculaire des objets/ réflexe d'agrippement

**4 mois** : tête maintenue droite et mobile

**6 mois** : Saisie des objets tendus entre les doigts et la paume

**7 mois**: Position assise/ Manipulation des objets/ Objet porté à la bouche (stade Oral)

**9 mois**: se hisse debout/ rampe

**12 mois** : marche

Remarque : la position assise et debout libère la main. Elle élargit le champ visuel.

Remarque : **Jusqu'à 7 mois** comme l'a montré Piaget l'objet n'existe qu'en fonction de l'activité. Il suffit de cacher l'objet pour que l'activité cesse. L'objet n'aura une existence propre qu'à 12 mois avec le concours du langage.

### d. Les débuts de l'intelligence :

A partir de **4 mois et demie** les mouvements ayant produit un effet sont répétés

A **8 mois** il y a coordination des actes en vue d'un but. Dès lors on peut dire qu'il y a une conduite intelligente.

A **12 mois** : l'enfant par son activité tâtonnante découvre de nouvelles conduites (faire tomber 1 objet de manière répétitive en intervenant sur les conditions de la chute) C'est une forme d'intelligence pratique et manipulatrice.

## IV. La période de l'expansion subjective de 1 à 3 ans

### 4.1 Caractérisation du stade :

La marche lui confère un début d'autonomie, il en résulte une extension de son champ d'investigation.

Au **début de la seconde année** un autre phénomène capital se fait jour la phonation ! Si le grand bébé est capable de dire «papa et maman» et s'il comprend certaine injonction on ne peut pas dire pour autant qu'il parle.

Il s'engage dans un nouveau stade lorsque sur la phonation se greffe le langage, moyen d'expression, de communication d'échange psychologique avec autrui. Mais cette acquisition est lourde de conséquence grâce à elle en effet va graduellement se superposer celui de l'action parlée, racontée, de l'action transposée. Pour Gessel s'est le stade du bourgeonnement verbal.

**C'est au cours de cet âge que la conscience du « moi » fait son apparition.**

Vers **2 ans et demie c'est la fameuse période d'opposition** qui est surtout une phase d'affirmation vigoureuse de prise de position d'un moi en train de se trouver et de se différencier de l'entourage avec lequel il se confondait.

Le langage tient son rôle dans ce mouvement, puisque l'enfant apprend qu'il possède un nom et il parle de lui à la troisième personne. Mais bientôt le je et le moi feront leur apparition.

#### a. Les progrès de la motricité :

**12 à 18 mois** : la marche se substitue à la reptation

**18 mois** : trottinement, marche de coté et grimper sur une chaise

**2 ans** : l'enfant circule avec aisance

**4 ans** : la course est contrôlée

Remarque : Dans l'acquisition du schéma corporelle de 3 à 7ans c'est la discrimination perceptives des différentes parties du corps.

#### b. Du point de vue psychomoteur :

De **1 à 3 ans** : C'est le stade sensori-moteur et projectif : stade par lequel l'enfant, à la fois par le développement de son activité manuelle et phonatoire, réussit à associer + étroitement, le mouvement et à opérer un repérage minutieux des données sensorielles rendant ainsi une perception + précise des excitations causées par les objets extérieurs

#### c. Intelligence : (2 à 7ans) Piaget

Le stade pré-opératoire : Stade où domine la représentation symbolique, l'enfant se représente mentalement ce qu'il évoque mais le monde n'est pas organisé en catégorie logique et générale.

#### d. Généralités :

Vers la fin de la 3<sup>ème</sup> année, il peut manger seul et proprement. L'enfant est constamment en mouvement sans cesse il découvre. On assiste à une floraison de jeu moteur, on peut dire qu'il procède à une véritable exploration de ses possibilités. Il acquiert une certaine confiance en ses moyens, base indispensable à son autonomie. **C'est par le jeu que l'enfant se développe.**

### e. La représentation :

Jusqu'ici, c'était par tâtonnement cumulatif ou par combinaison de mouvement réellement effectué qu'il faisait la découverte de nouvelle conduite. Maintenant le tâtonnement est intériorisé, il y a émergence de la fonction représentative ou symbolique.

C'est le temps du jeu représentatif « jouer à faire semblant ».

L'enfant joue l'adulte faute de pouvoir s'adonner à des activités d'adulte c'est une activité de substitution.

### 4.2 Le langage :

**2 mois** : l'enfant émet des sons

**3 mois** : l'enfant est attentif à ces sons (il les répète et les modifie). Il joue avec sa voix comme il joue avec ses mains pour Pichon c'est le stade du gazouillis.

1) Ce faisant s'établit la graduelle maîtrise très complexe de l'appareil phonatoire

A partir de 8 mois environs l'enfant réalise d'important progrès en devenant capable d'imiter des modèles sonores nouveaux. Certains phonèmes et onomatopées font alors leurs apparitions (Papa, Maman)

2) C'est alors qu'intervient un élément intellectuel, il associe des sons à des situations précises et répétées (vers un an). Il faudra toute la 2<sup>ème</sup> année et la 3<sup>ème</sup> pour faire coïncider (par tâtonnement) la série des symboles personnels et la série des mots de son entourage.

L'observation révèle que l'enfant est sensible à la valeur représentative du langage, avant même d'utiliser lui-même la parole. Une phase de compréhension globale et approximative précède entre huit et treize mois environs le moment où l'enfant se met à parler.

3) 3<sup>ème</sup> élément dans l'acquisition du langage l'élément affectif. Les cris du jeune BB font apparaître la maman, avec elle va la notion de bien être c'est un moyen d'action avec autrui et sur autrui. Dans le stade gazouillis de Pichon l'élément affectif n'est pas absent, maman et bb s'amuse à s'imiter, la compréhension se fonde sur la fusion affective de tous les instants. **C'est en s'occupant de lui, en jouant avec lui que la mère lui enseigne sa langue maternelle.**

**Remarque : des études ont montré que des enfants placés dans des milieux inaffectifs présentaient des carences du langage**

#### a. Des mots :

Premiers mots vers dix mois/ 20 mots 18 mois/ 100 mots à 20 mois/ 300 mots à 24 mois/ 1000 mots à 3 ans

Dans l'expression des enfants ces mots n'ont pas de valeurs. Stern parle d'un « stade du mot phrase » (première moitié de seconde année)

Les mots expriment un état affectif une attitude mentale. C'est ainsi que l'enfant peut utiliser un même mot pour exprimer des situations qui vue du dehors ont peu de choses en commun. (C'est la même chose pour le geste symbolique)

2 ans et demie : c'est le stade de la préphrase

Du mot phrase succède du milieu de la seconde année la préphrase de 2 ou 3 mots ou les mots sont rangés selon leurs importances affectives. C'est aussi le premier âge questionneur, par ces questions l'enfant met de l'ordre dans son univers. Cependant jusqu'à 4 ans ces mots désignent d'avantage des actions possibles que des objets coupe-coupe pour la tondeuse (Piaget).

20 mois : La phrase grammaticale fait son apparition, l'ensemble syntaxique est présent au début de la 3<sup>ème</sup> année.

3 ans et demi: c'est l'usage de la première personne au dépend de la 3<sup>ème</sup>: c'est une prise de conscience du moi.

Pour Decroly le « je » est utilisé dans les phrases à forte tonalité émotionnelle.

Remarque : Les aînés ou les enfants uniques acquièrent moins vite le « je » du fait de leur situation, ils prennent conscience d'eux même, plus vite que ceux qui sont entourés d'autres enfants.

3 ans : c'est le 2<sup>ème</sup> âge questionneurs, l'âge du « pourquoi »

- Pour sa valeur informative

- Fonction affective, accrocher l'adulte

- Le « pourquoi » n'a pas une réaction causale; mais plutôt « à quoi cela sert-il, à quoi est-ce bon ? »

Le langage qui s'est constitué apparaît sous 3 formes :

1) Il accompagne toute activité : l'enfant parle en agissant, la parole est comme l'ombre de l'action. Il parle même quand il est tout seul.

2) L'aspect communication sociale, dès lors que l'enfant veut se faire entendre, il nous raconte ce qu'il fait, il nous appelle et veut nous faire participer à ses expériences et ses triomphes. Dans cette perspective il veut être compris.

3) L'aspect jeu verbal se prolonge, l'enfant répète des mots qui lui paraissent étrange, cette activité peut se prolonger jusqu'à 8 ans dont l'essentiel paraît bien se trouver dans le plaisir à émettre les mots, dont l'effet peut paraître amusant ou même poétique aux oreilles de l'adulte.

Mais en même temps ce langage contribue à l'objectivation de l'univers de l'individu qu'il détache graduellement de l'action de la perception directe. Permettant la reconstitution du passé et l'anticipation du futur par intériorisation progressive du langage permet la naissance de la pensée.

## b. L'égoïsme et la transduction

Les propos de l'enfant témoignent de son égoïsme. Il projette constamment sur le monde ambiant ce qu'il éprouve lui-même.

## V. L'évolution affective et sociale

On comprend qu'avec les progrès moteurs, avec l'avènement de la représentation symbolique ou verbale s'introduisent de sensibles modifications dans ce domaine. L'imitation intervenant l'expression de ces émotions se codifie en un jeu de mimique bien caractéristique et bien socialisée.

L'enfant devient capable de se remémorer ou d'anticiper satisfaction et frustration vécue ou probable.

L'enfant dispose désormais d'exutoire que le bébé ignorait. Il peut en outre décharger ses tensions de manière transposée dans le jeu ou la parole. (Gronder sa poupée)

L'enfant fait connaissance avec un nouvel aspect de l'adulte, il pose des exigences et des interdictions et même il punit.

L'enfant se fait une image de lui d'après celle que lui propose les adultes. Il faut donc faire attention au fait qu'il ne se sente pas rejeté. En outre, l'enfant sera très sensible aux menaces verbales qu'il faudra peser.

Un autre facteur de son anxiété se trouve dans l'adualisme. (Il ne fait pas encore la différence entre le moi et le monde environnants).

- L'enfant a peur quand nous avons peur

- S'il a peur nous avons peur

C'est Freud et son école que revient le mérite d'avoir fourni une sorte de synthèse du développement affectif de ce stade, centrée autour d'un aspect très important du développement moteur :

## 5.1 L'acquisition du contrôle des sphinctes.

C'est le stade anal : il succède au stade oral et se prolonge au-delà de la 2<sup>ème</sup> année. Progressivement la maturation du système nerveux permet le contrôle des sphincters, cet apprentissage ne se fait pas sans conflit, il découvre qu'il peut faire plaisir à sa mère en étant propre ou s'oppose à elle en se salissant. Il aborde la notion de bien et de mal, c'est pour lui la 1<sup>ère</sup> règle morale.

Pour beaucoup de mère, l'éducation de la propreté est la seule chose qui compte à cet âge, combien de fois n'assiste-t-on pas ainsi que le note Erikson à une véritable épreuve de force, entre l'enfant qui ne veut pas plus renoncer à l'essai personnel de maîtrise musculaire et la mère qui veut lui imposer son contrôle.

C'est le faire ou ne pas le faire qui fait son apparition. L'excrétion étant occasion de jouissance et de plaisir, il n'est pas exagéré de voir dans sa régulation un renoncement que l'enfant accepte pour satisfaire sa mère et s'assurer son amour.

Quoi qu'il en soit, la fierté de l'enfant qui s'est comporté comme on l'attendait entraîne l'impression d'être bien, d'être valorisé et sécurisé. À l'inverse, une tonalité agressive peut s'exprimer dans le refus de s'exécuter et de se souiller.

D'une manière un peu triviale on pourrait dire qu'au stade anal succède le stade du robinet. L'intérêt pour la fonction entraîne nécessairement l'intérêt pour l'organe.

L'enfant en comparant son sexe avec celui opposé, prend conscience de son appartenance à l'une des 2 moitiés de l'humanité. C'est une préoccupation importante et avec elle la sexualité proprement dite fait son entrée en scène aux alentours de 3 ans.

Par ses expériences s'est sur tous les plans du comportement que s'impose cette dualité entre conformité et non-conformité, entre satisfaction et l'affirmation de soi. C'est dans cette perspective que s'inscrit la phase d'opposition.

Wallon a souligné : l'aspect positif en montrant qu'il s'agissait essentiellement d'une crise d'indépendance. En effet l'élément essentiel de la crise paraît être le désir de faire seul.

L'enfant commence à « vouloir contre » comme s'il n'avait pas encore assez d'initiative personnelle pour inventer « quoi vouloir ».

Les frustrations de l'enfant résultent surtout d'une part de l'écart existant entre les désirs et les moyens dont il dispose et de l'autre de l'accroissement des contraintes parentales.

## La découverte de la réalité extérieure (3 à 6ans)

Pour reprendre les termes par Freud « le principe de réalité » prend corps et vient s'opposer au « principe de plaisir ». A à un monde où il suffit de désirer ou de mimer pour être satisfait, succède peu à peu un monde où il faut jouer le jeu où il faut faire ce qu'il faut pour atteindre l'objectif fixé.

## 5.2 Le problème de L'œdipe

Nous avons vu que l'enfant aux alentours de 3 ans avait fait la découverte de ses organes génitaux et nous avons dit que cette découverte était lourde de conséquence physiologique. Plus simplement on pourrait dire qu'une composante plus sexuée intervient dans la relation affective entre l'enfant et l'adulte et par conséquent un attrait plus marqué pour les parents du sexe opposé va se faire jour. ( Attention, il ne s'agit aucunement d'un attrait sexuel- beaucoup se cachent derrière les dires de Freud pour tenter de légitimer la pédophilie !)

La perception des différences anatomiques pose à l'enfant, beaucoup plus de problème qu'on ne le croit et avant tout porte un coup sérieux à son égocentrisme et à sa croyance implicite que tout le monde

est comme lui. Le garçon fait la découverte troublante et décevante des différences qui le sépare de sa mère.

C'est aussi le moment où le père devient un père aimé à part entière, alors qu'il l'était jusque là dans l'ombre de la mère.

Pour le garçon le père rival devient aussi l'objet d'identification, il suffit au petit garçon de devenir le père pour « avoir » la mère. C'est donc la période de « je fais comme papa ou comme maman ».

Quant à la fillette sa sécurité exige tout comme le garçon qu'elle conserve l'amour maternel qu'elle blackoute de perdre en raison de son désir possessif de fusion avec le père.

Ainsi l'enfant supprime-il la rivalité intolérable en s'identifiant au parent rival. L'imitation du père pour le fils et de la mère pour la fille devient souvent flagrante. L'enfant intériorise donc l'image qu'il se fait de ses parents. Le parent rival devient l'idéal, le parent de sexe opposé comme l'image et le modèle suivant lequel, il choisira l'être extérieur auquel il s'attachera érotiquement plus tard.

### 5.3 La conscience morale primitive :

Un important héritage, n'en subsiste pas moins à cette époque : la personnalité enfantine qui avait commencé à s'affirmer vers les deux et demi dans l'opposition aux parents, se trouve considérablement raffermie et renforcée par la présence en elle des images parentales intériorisées, qui lui assure un contrôle et une sécurité interne accrus et par conséquent un grand surcroît d'indépendance.

Avec l'intériorisation des images parentales qui assurait la liquidation de l'œdipe, il semble que ce soit le système des attitudes, des exigences, des interdictions et des attentes parentales que l'enfant fait sien. Sa conscience morale se constitue ainsi.

Mais cette conscience « primitive » s'accompagne de la manifestation freudienne du « surmoi » qui s'accompagne de conduite autopunitive et intègre le fait que toutes infractions doivent être sévèrement punies.

#### a. Le problème affectif : la jalousie

Il n'est pas plus facile de partager sa mère avec son frère qu'avec son père. On peut dire qu'avec le complexe de l'œdipe apparaît le complexe de Caïn.

C'est un stade où l'aîné peut alors régresser et faire le bébé, comme s'identifiant au nouveau venu.

Remarque : il est souhaitable compte tenu de ce qui vient d'être énuméré que le nouveau venu intervienne après l'œdipe.

#### b. Le développement psychomoteur:

**3-6 ans le stade projectif** : Désormais le mouvement accompagne des représentations mentales, l'activité d'imitation prend de plus en plus d'importance, constituant avec l'émergence de la parole, l'émergence de la fonction symbolique.

#### c. La socialisation par les pairs :

L'enfant fréquente ou à l'occasion de fréquenter des institutions scolaires, il est donc confronté avec la réalité de l'existence d'autrui.

On situe et différencie 4 étapes de la socialisation:

1) l'activité solitaire

2) Jeu parallèle (l'enfant entouré de ces semblables joues mais de manière individuelle groupe de 3 ou 4) (âge 3 ans)

3) 5 ans jeu associatif, groupe de 3 ou 5 avec des interactions plus grandes et plus fréquentes

4) Activité collective

Dans cet univers égocentrique (3 ans à 5 ans), l'autre est plus une « menace », les conflits sont fréquents mais brefs.

Vers la cinquième année, c'est l'utilisation de la pensée symbolique qui fait évoluer le jeu vers le jeu de rôle « on dirait que toi tu étais » dans ces conditions les enfants peuvent revivre certains événements qui les ont impressionnés. Ces jeux font, entre autres, apparaître la notion de règle.

#### d. Les caractéristiques intellectuelles : l'intuition (et non la réflexion)

L'enfant observe mieux la réalité mais la prend dans sa globalité.

Delacroix « l'intelligence c'est déborder le donné par le construit » à cet âge, le donné est absolu.

Piaget : à 4-5 ans ce n'est pas encore le stade « conservant », c'est la pensée intuitive.

L'enfant ne fait en somme penser que ce qu'il voit. Pour Rey, l'enfant de ce niveau n'a pas de vision d'ensemble, il ne fait pas d'hypothèse. Ces remarques nous montrent combien la vision du monde reste égocentrique.

#### e. La mobilité :

Entre 3 et 7 ans c'est l'âge de grâce, l'enfant intériorise l'espace, le langage a une grande importance, il est important d'enrichir le vocabulaire spatial de l'enfant. Pour se repérer l'enfant se réfère à son corps.

Tronc-jambe = verticale

Bras = horizontale.

Vers 6 ans l'enfant a une bonne représentation topologique de son corps.

La désagrégation de la subjectivité primitive (de 6 à 9 ans)

Libéré des luttes affectives qui ont absorbé son énergie au niveau précédent, sécurisé dans une large mesure par l'intériorisation des images parentales, l'enfant se tourne maintenant avec avidité vers le monde extérieure.

Remarque : Pour Piaget c'est le stade des opérations concrètes

Dans la période 7-11 12 ans il y a acquisition de la réversibilité de la pensée (Une action peut être annulée par son inverse.) Ce qui permet l'élaboration de classification et de sériation. L'intelligence de l'enfant n'opère que sur du concret (classer sérier dénombrer) sans pouvoir envisager les hypothèses.

L'égocentrisme déformant, continue à se désagréger au contact du réel de l'enseignement et des échanges sociaux.

C'est aussi le début du contact avec ses pairs, ses égaux, il n'est plus en face d'êtres qui le dépassent et le souci majeur est de retrouver ses copains.

## VI. La transformation de la pensée : la logique

Le monde extérieur est autre chose que ce que l'on voudrait, ainsi s'oppose le monde imaginaire où tout est possible et le monde du réel où tout n'est pas possible mais dans lequel on peut réaliser des choses.

C'est le stade où ces deux mondes s'opposent et c'est aussi à cette période où l'on commence à remettre en question l'existence du père Noël par exemple.

Pour Piaget c'est la période de la décentration, le raisonnement. Le stade de conservation est fortement ancré. C'est la période où le construit déborde le donné.

D'intuitive la pensée devient opératoire. Ainsi l'enfant en vient-il à ces notions de permanence et d'invariance. Cette conservation entière de la pensée permettant et entraînant la constitution des opérations

logiques. Mais nous sommes bien loin de la logique formelle, c'est de la logique concrète. C'est la période où la curiosité de l'enfant reste insatiable.

### 5.1 L'évolution affective:

Toutes les énergies de l'enfant jusque-là concentrées sur ce seul point,; s'assurer la sécurité et l'amour; seraient rendu disponibles. Il devient capable d'attachement à d'autres personnes.

### 5.2 La maturité enfantine : (9 12 ans)

L'âge de **9 ans marque un tournant**. L'individu n'est plus un enfant. Mais il n'est pas encore un adolescent. C'est un âge d'autonomie et d'autodétermination. Il est plus membre du groupe qu'individu au sein d'un groupe. L'enfant se perd dans la communauté de ses pairs. De plus en plus la pensée se détache du concret. C'est le début des opérations formelles et du raisonnement hypothético-déductif. Pour Gessel on n'est pas loin de l'âge raisonneur. Pour Cousinet, c'est l'âge de grâce sociale. L'individu vit en symbiose avec le groupe unisexe. Le rapprochement des sexes se fera vers 12 ans.

## CHAPITRE II

### LA PSYCHOLOGIE DE L'ADOLESCENT

#### 1. Qu'est ce que l'adolescence ?

Selon le dictionnaire Hachette, l'adolescence correspond à □ l'âge compris entre la puberté et l'âge adulte. Il s'agit d'une période de la vie qui s'échelonne généralement de 11-12 à 17-18 ans. L'adolescence serait donc la période de l'épanouissement de l'enfant qui se transforme en un adulte, afin qu'il devienne acte responsable de son parcours personnel et civique.

L'adolescence est une période créatrice, ne serait-ce que dans le domaine des sentiments ; l'affectivité étant plus intérieure, plus intense, plus passionnée. Etant un moment privilégié de l'éveil affectif, □ l'adolescence est aussi une confrontation avec la société. □ l'adolescent sorti du cocon familial jette un nouveau regard sur le monde.



Dans les cultures occidentales, l'adolescence est devenue phénomène de société. C'est un état à la fois enfantin et sérieux, et elle se rapporte à cette période de la vie qui est à la fois une construction identitaire sur une identité déjà construite.

L'adolescence est enfin jugée comme une période de destruction génératrice de crises, de conflits qui, en même temps qu'elle est nécessaire pour se construire, pose des problèmes au futur adulte qui se construit.

Ces différentes crises témoignent à l'évidence un fait indéniable : l'adolescence est un phénomène muable revêtant des caractéristiques particulières et spécifiques à chaque période de temps.

En effet, dans les années 50 à 60, l'adolescence se manifestait par l'opposition au monde adulte sous forme de politisation comme les concerts de soutien ou de protestation, le mouvement beatnik aux USA ou les chanteurs engagés politiquement.

Plus récemment encore, dans les années 90, elle se manifestait sous forme de refus des habitudes familiales à travers des conduites alimentaires particulières telles que la boulimie ou l'anorexie.

Actuellement, la grande incertitude face au chômage, la difficulté de se loger, ainsi qu'une moindre protection des familles ou de la société des adultes les conduisent à recréer leur monde virtuel autant pour s'isoler de ceux-ci (jeux vidéo, ordinateurs...) que pour se retrouver entre eux (Internet, téléphonie mobile...). Les adolescents deviennent par ce biais accro de la technologie et des médias. □

En soi, l'adolescence, comme l'apprentissage, n'est pas un objet tangible, palpable ; c'est un processus et non un produit. Ainsi, vous ne pouvez, comme l'apprentissage, qu'appréhender ses effets, les incidences qu'elle peut avoir sur le comportement d'un jeune à une période déterminée.

L'adolescence ce n'est pas la jeunesse : si la jeunesse est un état d'esprit, sans borne temporelle (ne parle-t-on pas d'une jeunesse éternelle ?), l'adolescence est limitée en durée. Si la jeunesse est appréhendée sous un angle culturel, économique et politique, l'adolescence est explorée sous un angle plus psychologique, physiologique et anatomique. L'adolescence se rapporte à cette période de la vie qui est à la fois une construction identitaire sur une identité déjà construite.

Sur le plan physique et psychomoteur : elle est caractérisée par l'acquisition de la condition physique, du développement des qualités foncières (force, vitesse, endurance, résistance), du développement des qualités psychomotrices : adresse, équilibre, acquisition des notions de temps, d'espace, de rythme, de coordination et de prise de conscience du schéma corporel.

D'un point de vue structurel : la personnalité se fait durant les 3 aux 5 premières années de la vie, mais on peut la remanier à l'adolescence le plus souvent tout seul, c'est à dire avec l'environnement immédiat. L'adolescence offre la possibilité de résoudre les conflits de l'enfance de manière spontanée. Si ces mêmes conflits persistent, ce serait du domaine du pathologique. D'ailleurs, la plupart des pathologies adultes éclosent à l'adolescence.

## 2. Les étapes de l'adolescence

Il s'agit de 3 étapes de travail psychique à l'adolescence, telles que révélées par Braconnier & Marcelli (1988) : la phase de l'attente, la phase de changement et la phase de découverte.

### 2.1 . L'attente ou la phase de la puberté

C'est une étape qui correspond à la période de la préadolescence (aux environs de 12- 13 ans). Elle est marquée par le début de la puberté.

La grande majorité des enfants est désormais prévenue de l'irruption prochaine de l'adolescence et des transformations qu'elle suscitera. Les filles sont informées de l'apparition des premières règles, les garçons se préoccupent en général des poils qui vont pousser. Cette attente se fait généralement dans un climat de jubilation. Les psychologues la considèrent comme le prolongement de l'enfance qui représente le terreau dans lequel l'adolescent va planter ses racines.

La croissance est alors caractérisée par des variations rapides du taux d'hormones. Celles-ci agissent, à l'intérieur du corps, en messagères chimiques qui opèrent des changements radicaux. Cela a pour effet des poussées de croissance parfois spectaculaires et l'augmentation de la masse musculaire. Généralement le terme de «puberté», est associé à des transformations physiologiques relatives à la maturation sexuelle. La silhouette se transforme et les organes sexuels se développent. Chez les filles, la poitrine et les règles font leur apparition.

Quant aux garçons, leur voix se fait plus grave et leur système pileux se développe. La poussée de croissance commence généralement vers 10-11 ans chez les filles et 12-13 ans chez les garçons, pour s'achever complètement vers 14-15 ans pour les filles et vers 16 - 17 ans pour les garçons.

Si les signes pubertaires sont reconnaissables, l'âge de leur apparition varie selon les individus. Une fois ces modifications survenues, l'adolescent a acquis son corps d'adulte et il est sexuellement mature et apte à la reproduction.

## 2.2 . La phase de changement

Il s'agit tout d'abord du changement physique qui s'effectue d'une façon brusque, voire radicale. Au bout de quelques mois seulement les enfants se transforment en quasi-adultes (exemple d'une année scolaire à l'autre et après les vacances d'été).

Le jeune adolescent éprouve brutalement le besoin de rompre avec son enfance, avec ses désirs, ses idéaux, ses modèles d'identification, avec les intérêts venant de son enfance.

L'adolescent devra donc chercher de nouvelles sources d'intérêts et de plaisir. Il a aussi besoin de s'éloigner de ses parents même s'il s'agit d'une distance symbolique.

C'est aussi un changement qui s'illustre par le mouvement psychologique de déception que l'adolescent éprouve à l'égard de ses parents et le besoin de chercher à l'extérieur du cercle familial ses sources nouvelles de satisfaction.

Au niveau des répercussions comportementales on parle de fragilité intellectuelle, de volonté influençable, d'affirmation de soi par déstructuration et restructuration, de rupture avec le milieu familial et ses valeurs, de changement d'objet d'amour, d'appel à l'idéal (aspirations élevées), de mécanismes d'identification, de conflit, de dépendance, de volonté d'indépendance, de vulnérabilité affective.

Le jeune adolescent prend progressivement conscience de sa personnalité et de son identité. En partie, à cause de sa croissance soudaine, il est souvent maladroit, se trouve laid, gauche, mal à l'aise.

Il renverse des verres, claque les portes avec force, se heurte aux objets car il évalue mal sa force. Tout cela est dû à un développement trop rapide des os et des muscles auquel le cerveau et le système nerveux doivent s'adapter. Cependant, les mouvements retrouvent toute leur coordination aussitôt.

-Les transformations objectives de la préadolescence (puberté) :

Chez la fille : développement des seins, de l'appareil génital, apparition des premières règles. Au 19e siècle et jusqu'aux années 40, les premières règles chez les européennes venaient vers 17 ans.

Actuellement, l'âge moyen est vers 12 ans et 6 mois, car les conditions de vie sont plus confortables et les adolescents s'affirment plus tôt.

Chez le garçon : mue de la voix, pilosité, croissance osseuse et staturale.

Chez les deux sexes: on assiste à une période très narcissique : remodelage de l'image du corps, fixation sur l'aspect corporel extérieur. On assiste aussi à des tendances diverses à l'excès à une hygiène douteuse et à une grande instabilité.

En résumé, ces transformations touchent la croissance osseuse, pondérale et hormonale (Sheldon), donc des modifications rapides. On assiste aussi à une désynchronisation de la croissance, à des changements des traits du visage, à la croissance des organes digestifs et à la maturation glandulaire (sexuelle, sébacées).

### 2.3 Le changement est aussi d'ordre psychologique :

Le jeune adolescent éprouve brutalement le besoin de rompre avec son enfance, avec ses désirs, ses idéaux, ses modèles d'identification, avec les intérêts venant de son enfance. L'adolescent devra donc chercher de nouvelles sources d'intérêts et de plaisir. Il a aussi besoin de s'éloigner de ses parents même s'il s'agit d'une distance symbolique. C'est aussi un changement qui s'illustre par le mouvement psychologique de déception que l'adolescent éprouve à l'égard de ses parents et le besoin de chercher à l'extérieur du cercle familial ses sources nouvelles de satisfaction.

- Les répercussions psychologiques importantes :
- Fragilité intellectuelle
- Vulnérabilité affective
- Volonté influençable
- Affirmation de soi par déstructuration et restructuration
- Rupture avec le milieu familial et ses valeurs
- Changement d'objet d'amour
- Appel à l'idéal (aspirations élevées)
- Période d'identification
- Conflit, dépendance, volonté d'indépendance

### 2.4 . La phase de la découverte

Il s'agit de la découverte de soi-même.

L'adolescent doit aussi découvrir ce qu'il aime et ce qu'il désire. Ce qu'il aime dépend de son passé, de l'identité qu'il se fait et qu'il se reconnaît, des modes de relations établies avec ses parents et ses proches. L'adolescent doit donc se forger son propre idéal qui n'est plus celui de son enfance ni celui de ses parents. Ce travail psychologique est essentiel et décisif pour le choix, entre autres, professionnel que l'adolescent devra effectuer. En effet, le dernier volet de cette découverte est bien celui de la nécessité de faire un choix ! Or, qui dit choix dit plusieurs alternatives. On fait un choix à travers ses attentes, ses attentes, ses ambitions, mais aussi à travers ses compétences propres. Ce choix comporte des déterminants collectifs et individuels.

En bref, l'adolescence représente une période de profonds bouleversements. C'est le temps d'une triple transformation d'ordre physiologique, psychique et psychologique.

Dans les sociétés occidentales et les pays industrialisés, l'adolescence est considérée comme un âge de crise et elle peut être aussi une lutte pour trouver son identité et acquérir son indépendance. Mais l'adolescence n'est pas vécue de la même façon dans toutes les sociétés et les époques. Dans les cultures traditionnelles comme dans les îles Samoa, en Nouvelle-Guinée ou en Amazonie, les stades de la vie sont ponctués par ce que les ethnologues appellent des rites de passage (naissance, initiation, mort). Ayant atteint un certain âge, les garçons sont soumis à une cérémonie d'initiation qui les transforme en hommes à part entière aux yeux de leur communauté. Quant aux filles, elles passent du statut d'enfant à celui de femme dès l'apparition de leur premier cycle menstruel.

### 3. Le développement à l'adolescence

On assiste chez l'adolescent à une restructuration importante de l'activité mentale. Il devient ainsi capable d'utiliser la pensée abstraite ; ses intérêts s'élargissent et ses expériences relationnelles se multiplient et s'approfondissent. Durant les premières années, la pensée du petit enfant était magique. En effet, de nouveaux outils de pensée se développent et exercent leur activité sur des contenus tant du côté du monde physique que du côté du monde social. Quand on parle d'intelligence chez l'adolescent on préconise la possibilité de l'adolescent de refaire le monde.

L'enfant pense sur le concret (signifié et signifiant) alors que l'adolescent a une pensée formelle hypothético-déductive (travail sur des hypothèses). Mais il arrive que des adolescents fassent un mauvais usage de la pensée formelle.

Du côté de l'environnement physique, l'adolescence ouvre l'accès à des notions que l'enfant ne peut saisir dans toute leur réalité en raison de leur trop grande complexité. Les notions d'accélération, de proposition, de probabilité, de corrélation en sont des exemples.

Quant à l'environnement social, ce que les autres pensent de nous, de notre image, la qualité morale de la conduite d'autrui, la justice sociale, sont des univers qui deviennent des objets de réflexion plus présents dans la vie mentale.

L'adolescent découvre progressivement les facettes complexes des relations interpersonnelles. Il découvre les comportements des autres et en même temps il comprend sa propre personnalité. Il se sent donc adulte et non plus enfant ; il se rend compte que les autres aussi le considèrent comme étant plus grand. Ainsi, l'activité mentale connaît des transformations profondes et, de la même façon que le corps d'enfant devient un corps d'adulte, la pensée enfantine devient une pensée adulte. La majorité des adolescents font usage de réflexions intellectuelles ou politiques, des tâches concrètes qu'ils revendiquent eux-mêmes pour accéder aux sens de la responsabilité.

L'activité mentale de l'adolescent lui permet de réaliser sa vie ; cette dernière est au coeur de la pensée subjective. Elle subit des transformations qui ne sont pas de simples changements parmi d'autres, mais elles constituent le centre premier de l'évolution de l'expérience de la vie. L'adolescent peut donc comprendre des situations plus complexes que l'enfant parce qu'il peut concevoir plusieurs variables à la fois. Il peut élaborer des projets dans sa tête sans être lié au concret et il peut effectuer des analyses et des déductions (opérations mentales) impossibles à l'enfant lui permettant de comprendre et de critiquer les positions et attitudes des autres.

Une des fonctions principales de l'activité mentale est l'adaptation à des nouvelles situations. Il s'agit d'une forme d'intelligence garante d'une bonne scolarité grâce à la faculté de stockage, d'abstraction et de mémorisation des formes de connaissances.

En effet, l'accès à la pensée formelle permet de déduire des conclusions à partir de plusieurs hypothèses, sans recours à une observation (ou manipulation) réelle ; cet accès permet à son tour la transposition des opérations logiques de la manipulation concrète aux idées seules. Il permet aussi le passage de la rédaction (exemple, raconter ses vacances) à la dissertation (ce qu'évoquent les vacances), le passage du calcul aux problèmes. Tous ces changements caractérisent le développement intellectuel du jeune adolescent à partir de 12-13 ans et son accession au stade de la pensée abstraite ou hypothético-déductive. Ayant acquis cette pensée formelle, il en usera à l'excès. Il n'a pas besoin de l'expérience. C'est la période où on refait le monde, très créative mais sans support dans la réalité. Il a acquis l'intellect adulte.

Cet aspect privilégié de la pensée abstraite dans les études et l'enseignement peut mettre en difficulté certains adolescents pour lesquels la pensée concrète reste beaucoup plus familière et dominante. Néanmoins, il existe diverses formes d'intelligence, et il est tout à fait capital de ne pas créer un écart excessif entre le style personnel de l'intelligence de l'enfant et le type d'études suivies.

L'activité mentale à l'adolescence se distingue encore de celle de l'enfant par les tentatives qu'il fait de donner ou de trouver un sens à tous les aspects de son expérience concrète du monde, enrichie des contacts avec des nouveaux groupes et institutions. Les notions d'amitié, de moralité, de religion, de justice, d'esthétique et d'amour sont intensivement investies. Bien sûr, tous les adolescents ne construisent pas des théories originales. Bien des adolescents acceptent sans résistance des croyances établies. C'est un fait de l'adolescence que de saisir et de poser pour la première fois, sous une forme achevée et compréhensive, la question de la vie et de la mort (cf. Giffard, 2011).

#### 4. L'adolescent et son corps

Le jeune adolescent emploie souvent des propos défiants et péremptaires traduisant un besoin d'indépendance. Les racines de ce besoin d'autonomie sont plantées dans un corps en plein épanouissement. Le corps est en effet cet objet étrange et étranger qui subit en quelques mois seulement une mutation profonde. L'adolescent s'enferme longuement dans une pièce (salle de bain, sa chambre) pour se regarder, s'observer (de face, de profil, de dos), s'admirer : il explore les premiers signes pubertaires, les premiers poils, les seins qui poussent (pour les filles), ils poursuivent avec anxiété les boutons d'acné

Le souci de son propre corps a aussi une connotation sexuelle (inconsciente). L'adolescent, avec le corps muable se prépare à la vie adulte portant en son sein déjà des attitudes sexuelles qui diffèrent d'un jeune à l'autre en rapport avec les influences culturelles (différences régionales, par exemple). Ces influences proviennent notamment des différents groupes ethniques et socio-économiques établissant ainsi

différents critères pour l'accès au statut d'adulte. Ces critères peuvent être de nature économique (se prendre en charge tout seul) ou de nature juridique (mariage, vote).

Généralement, il s'agit essentiellement de critères d'ordre psychologique qui résident dans l'entière responsabilité familiale et sociale où l'adolescent aura la charge dans le futur. En dépit des énormes modifications au cours de cette période (au début de laquelle l'individu est un enfant et à l'issue de laquelle il est capable de produire un enfant), la fin psychologique de l'adolescence dépend surtout du jugement que l'on fait de son comportement s'il a atteint un certain niveau qui soit en harmonie avec un comportement mûr tel que défini par la culture à laquelle il appartient.

L'adolescent est généralement soucieux de son corps ; il se met à utiliser divers produits de toilette ou paramédicaux. L'adolescent va se choisir un style d'habillement, de coiffure, de maquillage et même une allure, voire une façon de marcher, de se déplacer, qui peut d'abord témoigner d'un besoin de se rebeller ou de se distinguer par rapport aux exigences parentales et/ou des habitudes éducatives. A l'opposée, lorsque la rébellion est impossible ou vécue comme trop dangereuse, elle peut devenir l'objet privilégié d'une régression : l'adolescent se fait soigner par l'un de ses deux parents (généralement sa mère).

Il arrive aussi que certains adolescents se désintéressent totalement de leur corps, ayant à l'égard de celui-ci un comportement quasi abandonnique : hygiène douteuse, dents mal soignées, mauvais état général. Ces adolescents délaissent leur corps comme ils ont eux-mêmes été délaissés dans la petite enfance. Le corps est l'objet de préoccupations, d'inquiétude, d'angoisse que la transition pubertaire augmente.

D'autre part, le jeune adolescent est confronté à un corps double : le corps de la petite enfance qui est un corps familier, angélique, omnipotent et qui a reçu toutes les expériences de plaisir et de déplaisir ; et le corps pubère qui est un corps nouveau, non familier, sexuel, non représentable parce qu'il est le lieu d'éprouvés inconnus. L'issue favorable de l'adolescence dépend donc de la capacité que l'adolescent va avoir à unifier ces deux corps sous le primat du plaisir génital et de la complémentarité des sexes. Il s'agit d'accepter son nouveau corps et la logique de plaisir dont il est porteur. L'adolescent cherche à s'éloigner de l'ombre de ses parents afin d'accomplir ses propres conquêtes.

Sur un autre plan, le corps et ce qui l'entoure sont un objet de reconnaissance sociale. On sait qu'il est difficile d'habiller un adolescent qui court les magasins pour trouver le dernier vêtement à la mode, alors que dans bien d'autres cas une telle patience de l'adolescent n'est pas observée. Etre à la mode est le paradigme du paradoxe de l'adolescence : vouloir être original tout en faisant comme les autres !

En outre, le corps peut-être la cible privilégiée de certaines atteintes, souvent résultat de conflits, de rebelles ou de difficultés d'adaptation au monde adulte perçu comme étant trop encombrant.

Etat des différentes atteintes et plaintes somatiques :

- Les dysmorphophobies : ce sont des manifestations souvent présentes chez les adolescents des deux sexes, elles sont liées aux transformations pubertaires. C'est aussi la honte de son propre corps. Si un élément de son corps n'est pas conforme, il se focalise sur celui-ci. Le segment corporel incriminé présente généralement une morphologie quasi normale mais l'adolescent dramatise ! Les dates d'apparition des dysmorphophobies sont vers 13 14 ans. Les préoccupations sont par exemple un gros ventre, des grosses cuisses, être trop gros .

- La spasmophilie se caractérise par des picotements cutanés, des contractures, des difficultés respiratoires. Le symptôme inquiète énormément l'adolescent et il le renvoie sur l'adulte.

- Les maux de tête, les douleurs abdominales. Ces plaintes peuvent apparaître après un conflit.
- Les douleurs digestives (22% des adolescents en sont atteints) et les douleurs dorsales (21%).
- Les troubles du sommeil se situent à l'endormissement ou au réveil. Les troubles du sommeil sont récurrents chez certains adolescents.
- Les maux de gorge.
- Une sensation d'extrême fatigue (43 %). Ce sont les interrogations que les adolescents se posent qui les fatiguent.
- Les entorses, les plâtres.
- Les vertiges.
- Les crises d'angoisse.
- Les difficultés à déglutir, les palpitations, les sueurs. Ces signes-là peuvent être précurseurs de dépression s'ils sont récurrents.
- L'adolescent ne tient plus son corps et ne contient plus sa psyché (problème de rapport au corps ou schéma corporel)
- L'adolescent vit en décalage, il repousse le sommeil. C'est une façon de se démarquer par rapport à l'adulte.

- **Quelles significations peuvent avoir ces plaintes ?**

- Concernant les dysmorphophobies : elles peuvent être banales. Elles sont importantes si l'adolescent est amené à se replier sur lui-même. Elles marquent bien les relations avec son corps mais elles marquent aussi son engagement social. Elles peuvent être renforcées par des paroles de l'adulte : "on ne te reconnaît plus". La honte de son propre corps est à rattacher par exemple à des études aux beaux-arts et rarement à la pratique des APS. Le vieillissement que l'adolescent perçoit le renvoie à la mort. La première difficulté relationnelle est avec lui-même. Il y a un isolement progressif et une activité hallucinatoire sous forme de chuchotements. Cette activité hallucinatoire vient confirmer sa laideur ; c'est de l'ordre de la dissociation de la personnalité et la proposition de réponse psychiatrique alimente encore sa paranoïa. L'adolescent exprime rarement ses préoccupations. Il va être amené à rétrécir son champ relationnel.

- Les céphalées récidivantes peuvent correspondre à des "prises de tête" que les conflits psychiques vont engendrer. L'adolescent va être colonisé, envahi par l'autre. Il accepte de se laisser envahir. Il laisse de la place pour être envahi car il est dépendant et il a besoin de lui. "J'ai besoin de l'autre car sans lui je ne peux pas vivre".

- Les maux de gorge : c'est l'impossibilité à sortir quelque chose de soi.

- Les difficultés de déglutition : "J'ai du mal à avaler la situation".
- Les crampes, les entorses, les contractures expriment la difficulté à bouger. C'est un terrain de repli.
- Les problèmes de peau : ce sont des conflits intérieurs qui s'expriment comme cela : l'adolescent est mis en difficulté car il est face au miroir social.
- La perte de connaissance peut être une façon de ne pas affronter les problèmes, de s'en soustraire.
- Les difficultés respiratoires : elles sont présentes parce qu'à la maison c'est irrespirable.

En conclusion, écouter un adolescent n'a rien à voir avec le laxisme. Si un adolescent a une conviction délirante de la transformation de son corps c'est de la pathologie.

## **5. L'affectivité à l'adolescence**

L'adolescence est une période au cours de la quelle l'affectivité et les états émotionnels se manifestent facilement, fréquemment et parfois même brusquement. A l'adolescence on parle de réactivation de l'affectivité.

Cette réactivité atteint son apogée à l'adolescence. Après la période de latence, les pulsions agressives et sexuelles sont subitement réinvesties.

La théorie freudienne considère que la vie mentale est animée par diverses forces plus ou moins antagonistes ; de ce fait les rapports humains sont gérés par la notion de conflits psychiques. Lagache (1948) présumait dans ce contexte que le conflit fait partie intégrante de la vie.

Selon les psychanalystes, les enfants sont envahis par la vie affective ; leur adaptation nécessite une mobilisation de toutes les défenses psychologiques pour intégrer les débordements affectifs des pulsions. Les mécanismes de défense psychologiques sont encore très rudimentaires ou archaïques, et présentent des conduites régressives qui se manifestent par des comportements d'excès tels que boulimie, anorexie mentale, agressivité, et états névrotiques ou psychotiques.

Ces attitudes défensives ne sont pas comprises par le monde des adultes. En outre, ce sont les adultes qui, le plus souvent, se plaignent et souffrent de ces attitudes manifestées par l'adolescent sans qu'il soit lui-même gêné. Ces défenses peuvent être considérées comme des inadaptations pathologiques, mais on oublie souvent la phase d'adaptation nécessaire par laquelle le jeune adolescent est obligé de passer.

Il s'agit donc d'un ensemble de processus d'équilibration agissant sur la vie mentale de l'adolescent. Le côté dynamique contradictoire de cette étape nous montre la diversité des conduites d'adaptation et donc une richesse à ne pas négliger chez l'adolescent. Ces conflits aboutissent à la réussite sociale en fonction de la force du sujet et de la souplesse des divers obstacles extérieurs rencontrés au moment de la réactivation affective.

La vie affective peut se déplacer ou se fixer sur les objets pris comme centre d'intérêt (un investissement affectif ou investissement libidinal). Cet investissement comprend l'idée de liaison entre les objets investis, ce qui détermine les interrelations et les échanges avec autrui à travers la notion de transfert très connu dans le domaine psychanalytique. C'est précisément sur ce point que la psychanalyse



a bien voulu insister en mettant l'accent sur le phénomène de désinvestissement des relations émotionnelles importantes avec les parents.

Ce jeu de d'investissement et de désinvestissement affectif de l'adolescent se manifeste par des comportements agressifs et tendres à la fois, surtout vis-à-vis des parents ; ceci semble désorienter le sujet qui prend ses distances pour s'affirmer davantage. Cette affirmation de soi le pousse parfois même à envisager la séparation de ses parents selon les situations.

D'après certains psychanalystes cette transformation profonde concerne des formations imaginaires et des fantasmes archaïques appelés images parentales que l'adolescent peut transférer à l'éducateur. Il s'agit d'un phénomène transculturel, car dans la civilisation arabe et musulmane, le maître est généralement considéré comme le père spirituel. Il s'ensuit alors que le besoin d'autonomie et d'évasion qui caractérise l'adolescent est lié à son comportement de révolte et d'agressivité. Ce besoin trouve sa réalisation dans la modification des fantasmes et il se produit, selon les psychanalystes, un désinvestissement imaginaire qui s'accompagne d'un état de deuil véritable, car l'adolescent délie tout ce qui touche de près ou de loin son milieu parental.

Le travail de deuil est un processus qui permet de ne pas finir avec ce qui est mort et il s'inscrit dans le processus de remaniement de l'affectivité. Il s'agit ici d'une rupture d'avec l'image que les parents représentent pour l'adolescent.

Ce processus commence avec le retour de ce qui a été refoulé durant la latence, c'est à dire les pulsions infantiles. Ce retour est massif et incontrôlable pour l'adolescent, faisant échouer le Moi dans ses tentatives d'équilibre.

Il est anxieux, déprimé, dépressif, inhibé. Il fait des actes antisociaux . Les pulsions anales reviennent à travers l'agressivité, le "non!", modifiant tous ses rapports avec l'ordre, le pouvoir.

Ce remaniement affectif se manifeste également par la critique de ce que sont les parents ; plus il se sent dépendant d'eux, plus il sera agressif vis-à-vis d'eux. Les parents ne peuvent rien pour l'aider car c'est leur présence même qui crée le conflit !

L'adolescent confectionne à la fin un scénario dans lequel il retrouvera ses droits et privilèges. Cela révèle le processus régressif vers la relation rassurante des premiers temps de l'enfance et le processus progressif qui permet d'accepter la réalité.

### 5.1. Les émotions de l'adolescent

Depuis sa naissance et peut-être avant, le sujet ressent des émotions : colère, joie, surprise, dégoût, tristesse, honte, etc.

Ces différents types d'émotion sont contrôlables ou échappent à tout contrôle. Les principaux facteurs qui déclenchent les émotions se résument en une rupture dans le déroulement de l'action suivie d'une orientation dans l'attention sur la cause de cette rupture, sur la qualité de ce qui la caractérise. Or, et comme nous l'avons déjà vu plus haut, la caractéristique principale du processus de l'adolescence c'est d'être en confrontation à la nouveauté.

Il s'agit d'une analogie entre l'adolescence et l'émotion. Cette analogie est très intéressante car elle explique en quoi cette période de la vie est particulièrement vivante, et soulève chez le sujet lui-même et dans son entourage des réactions passionnelles. Comme l'émotion, l'adolescence ne peut apparaître qu'à la suite de nouveaux stimuli qu'il sera nécessaire d'évaluer pour déterminer s'ils sont agréables ou désagréables ; il en découlera un sentiment d'attraction ou d'aversion à adapter à ces nouveaux stimuli.

Ce qui est frappant à l'adolescence c'est la rapidité de l'apparition et de l'arrêt d'une émotion ainsi que la rapidité de la substitution d'une émotion à une autre. Exemple : de la gaieté et la joie, deux heures plus tard à la tristesse, au sentiment d'abattement, à la morosité et à la dépression, et encore une fois deux heures plus tard gaieté et sentiment d'être bien dans sa peau. Le passage brusque d'un sentiment de gêne et de honte à un sentiment de plaisir et d'excitation amoureuse difficilement contrôlable est aussi un phénomène très connu à l'adolescence.

Cette variabilité est-elle due à une disponibilité physiologique, à une activation émotionnelle particulièrement importante ? Le constat est bien là : si l'adolescence n'est pas la seule période où surgissent les émotions, elle peut être considérée comme la période des émotions.

Comment réagir à ce monde émotionnel de l'adolescent ?

Tout d'abord, il ne faut jamais réagir brusquement (en miroir).

Il faut savoir attendre et mettre en mots ce que le sujet exprime parfois plus sous forme de cri qu'une idée construite en une phrase ou une argumentation.

Il est également incontestable que certaines activités, comme la musique ou le sport, atténuent, modulent et même suppriment ces mouvements émotionnels lorsqu'ils sont trop exagérés. Il s'agit d'activités dont la composante perceptuelle et par la même corporelle, n'est pas étrangère à l'effet bénéfique qu'elles produisent sur la réaction émotionnelle des sujets.

Sur un autre plan, l'ennui considéré comme tourment particulier se manifestant d'une façon remarquable à l'adolescence, réduit l'adolescent à une position de repli, de malaise et de passivité plus ou moins agressive, parfois difficile à supporter si ce n'est choquante ou provocatrice pour l'entourage. D'un point de vue psychologique cet ennui peut être considéré comme un moyen de défense spécifique vis-à-vis d'un envahissement passionnel beaucoup plus bruyant, qui il s'agisse du reste d'une tristesse et d'un sentiment d'angoisse important ou d'une quête d'excitation de plaisir et de joie. Ces phénomènes émotionnels sont débordants et leur intensité peut être aussi inconsciemment perçue par l'adolescent.

Sur le plan affectivité et émotion, et grâce à des tests psychologiques et des questionnaires sur des représentations de soi et les représentations des autres, on a pu établir 3 groupes d'adolescents:

a- un groupe à croissance continue où les sujets sont satisfaits d'eux même et ne manifestent ni anxiété ni conflits avec l'entourage

b- un groupe à croissance par vague où les sujets sont plus enclins à la dépression et à la perte d'estime de soi

c- un groupe à croissance tumultueuse chez lequel l'anxiété et la dépression sont plus importantes que dans les groupes précédents. La mésestime vis-à-vis d'eux même et des autres prévalent chez les sujets de ce groupe. Ils sont plus dépendants de leurs parents et manifestent des problèmes comportementaux et familiaux souvent conflictuels.

## 5.2. La déprime et la dépression

Contrairement à ce qu'il est parfois dit ou écrit, les sentiments dépressifs ne sont pas systématiques et encore moins continus à l'adolescence. Même pour ceux qui les ressentent, il faut distinguer clairement les individus qui les ressentent la plupart du temps, ou même souvent, de ceux qui constatent qu'ils peuvent survenir par moments, mais de façon toujours passagère (voir enquête de Braconnier, A et Marcelli, D., 1988).

## A - La déprime :

Il est déjà connu qu'une des facettes caractéristiques du processus de l'adolescence est la relative fréquence des manifestations émotionnelles et affectives plus ou moins bruyantes mais toujours transitoires.

Parmi celles-ci figurent la mauvaise humeur, l'ennui, la morosité, et même la tristesse ou le sentiment d'être malheureux, incompris, incapable, etc. Ces émotions ne constituent pas une pathologie quelconque au niveau de la personnalité, car chacun, quelque soit son âge, passe par des moments de cafard, des rêves difficiles, de sentiment de ne pas réussir ce qu'il souhaite entreprendre, des périodes de manque de confiance en soi amenant un certain pessimisme sur ses capacités ou même son devenir.

Il est aussi évident que le processus même de l'adolescence peut favoriser l'inquiétude sur son corps et l'insatisfaction qu'on peut en ressentir. Ce processus contribue aussi à l'émergence des idées ou des projets qu'on souhaiterait voir aboutir et qui paraissent pour le moment inaccessibles, les sentiments et les échanges qu'on aimerait voir réciproques, la perte d'une certaine protection de ces parents, bien que parfois contestée, la culpabilité que l'on peut ressentir d'avoir agressé son père ou sa mère injustement, et même l'idée de mort qui peut traverser par moments l'esprit. Tous ces éléments, caractéristiques du processus même de l'adolescence colorent l'humeur et les sentiments des intéressés. Nul doute que cette coloration a pu amener à considérer l'adolescence comme une période privilégiée de la dépression

## B - La dépression :

La dépression est aussi le reflet de séparation de l'enfance, enfance considérée par l'adolescent comme le paradis perdu qu'on lorgne avec un oeil nostalgique.

Sur le plan psychanalytique il s'agit d'un deuil reconnu comme l'organisation indispensable d'une vie mentale mature, une condition d'accès à des relations avec l'adulte sans contraintes ni dépendances affectives. Sous cette perspective psychanalytique, on reconnaît que l'adolescence est marquée initialement par une phase dépressive se situant entre 12 et 14 ans que l'on peut aussi considérer comme une crise relationnelle avec le monde adulte (l'âge ingrat). Après cette phase dépressive ou de deuil, l'adolescent découvre d'autres investissements sur soi-même et dans ces relations sociales : c'est la période du narcissisme adolescent qui correspond à un investissement de soi, voire de surinvestissement du sujet par lui-même qui se manifeste par des attitudes différentes, comme la solitude, la recherche d'une originalité extrême et toutes les attitudes qui permettent à l'adolescent d'aimer sa propre image. Cette démarche narcissique est mature parce qu'elle prend en compte l'estime de soi et le sentiment de sécurité qui n'émanaient jusque là que des parents. La phase narcissique pendant laquelle se manifeste et s'exprime l'estime de soi est marquée par une signification particulière au niveau du corps (et de l'effort physique), objet d'investissements plus ou moins intenses selon les individus. Ces investissements vont se diriger sur le plan social, vers des relations extra-parentales ; ils se concrétisent par des amitiés confidentielles entre groupes de semblables.

Toutefois, cette phase peut se présenter d'une manière déguisée (dépression masquée) sous forme :

- d'instabilité, d'irritabilité
- de fatigue, de désintérêt scolaire
- de fugue et de conduites délictueuses

Elle est très importante à reconnaître et à prendre en charge rapidement (soutien psychothérapeutique).

## - Comment reconnaître la dépression et quels sont les facteurs y afférents ?

### a. L' intensité de l'apparition de la dépression :

Il s'agit plus d'une simple morosité ou d'un simple ennui mais d'une véritable tristesse avec sentiment de souffrance morale et tendance importante à se culpabiliser. Un sentiment de dévalorisation profond s'associe le plus souvent aux manifestations précédentes, s'exprimant sur le plan intellectuel, physique et esthétique. Les idées et le désir de mort concrétisent l'amalgame des précédentes thématiques (ennui, culpabilité, dévalorisation, etc.). Sur le plan comportemental on peut dégager deux attitudes opposées : la 1ere est caractéristique de tout déprimé, il s'agit d'un ralentissement psychologique et moteur de tout déprimé qui donne l'impression que le sujet ne pense plus, ne se mobilise plus, ne parle plus comme avant. La seconde est totalement inverse, le sujet paraît agité, s'emporte pour un rien, il est violent, passe à l'acte de façon très excessive par rapport à ce qui se passait précédemment. Il s'agit dans ce dernier cas d'une réaction paradoxale à l'envahissement dépressif, qui est en fait le signe d'une lutte contre ce ralentissement et ce figement que le sujet ressent comme particulièrement douloureux et pénible.

### b. La durée de l'ensemble de ces manifestations :

Lorsque l'adolescent se plaint pendant plus de 15 jours de sentiments fréquents, très fréquents, voire continuels de tristesse, de dévalorisation, de culpabilité et que s'y associent les troubles du sommeil (ex. réveils beaucoup trop précoces), enfin des troubles alimentaires tels que désintérêt ou refus de nourriture, la suspicion d'une dépression franche doit être évoquée.

c. La relative brutalité de la survenue de l'ensemble de ces manifestations : ce 3eme type de facteur est alarmant. La brutalité n'est pas facile à expliquer d'une façon logique (deuil, très graves problèmes familiaux, déception sentimentale profonde, etc.).

Il est donc important de traiter et de consulter ces dépressions à l'adolescence, car le devenir de ces dépressions est loin d'être bon. Ces dépressions peuvent, à court terme, conduire aux tentatives de suicide ; à moyen terme, elles peuvent se répéter

épisodiquement et constituer la source d'une organisation caractérielle de la personnalité pour lutter contre la douleur et la souffrance. D'autre part, cette dépression qui s'accompagne souvent d'une angoisse (angoisse dépressive), mobilise des comportements de fuite, tels que la drogue, les sectes, la violence ou des comportements suicidaires (mécanismes de défense).

## 5.3. L'organisation caractérielle à l'adolescence

### Qu'est ce que le caractère ?

Le caractère est un ensemble de dispositions congénitales ou acquises, qui forment l'ossature psychologique d'une personne. Le caractère c'est aussi un élément de reconnaissance de soi ; il permet de se différencier des autres et il fait partie du mécanisme d'identification.

Eu égard à cette définition on peut affirmer que l'adolescence est une période cruciale pour la formation du caractère dans le double mouvement d'identification et de différenciation de l'autre.

Souvent quand on parle de caractère, on prend en considération un comportement qui émerge de l'ensemble de la personnalité, comportement pénible à supporter pour l'entourage et qui, en même temps, le fait souffrir. Le caractère possède une valeur inhomogène et discrètement gênante. On entend des

adolescents dire par exemple : « c'est mon caractère », propos signalant autant d'excuses à des conduites plus ou moins déviantes.

Certes, le caractère participe de l'identification de l'individu, mais il ne doit pas justifier des comportements déviants. Les différences (psycho) constitutionnelles sont très importantes mais elles ne doivent pas constituer une raison pour laisser l'adolescent s'enfermer de plus en plus dans des conduites répétitives et caricaturales. Faire des remarques comme : « il a le caractère de son père », « c'est tout le portrait de sa mère » risque d'endurcir davantage, voire justifier tel ou tel caractère. L'adolescence est une période d'enkystement des comportements les plus « caractériels » entravant de manière définitive et peut-être aussi irréversible et durable son adaptation et son insertion aussi bien sociale qu'affective et culturelle.

Il est aussi coutume de reléguer les traits de caractère de l'adolescent, négativement appréciés et jugés, au second plan surtout quand l'adolescent possède un don particulier : ex. intelligence, beauté, don artistique, etc. Des pathologies qu'on appelle limites narcissiques ou pathologies du caractère, sont déclenchées à partir des perturbations croissantes du comportement et qui sont mises en place au moment de l'adolescence. Certains traits deviennent tellement envahissants et systématiques qu'ils en arrivent à définir par eux-mêmes l'ensemble de la personnalité.

Les différents types de caractères les plus connus et les plus fréquents à l'adolescence sont le caractère opposant, le caractère intransigeant, le caractère impulsif, l'instabilité du comportement et l'idéalisme adolescent dont le point commun est l'intensité des émotions.

## 6. Le comportement social à l'adolescence

Le comportement social à l'adolescence se distingue par 3 phases.

### 1. Phase d'opposition :

c'est aussi la période du refus "Je nveux pas!". Elle survient entre 12 et 13 ans chez la fille et entre 12 et 15 ans chez le garçon. Les valeurs morales et sociales précédemment acquises sont remises en question et certains psychologues parlent d'effondrement total de ces mêmes valeurs. Il s'agit d'un mouvement régressif avec refus de l'ordre établi, infraction volontaire aux règles et moeurs sociaux, provocations, vols, etc. Il y a à la fois l'incapacité à domestiquer les désirs, et recherche du plaisir dans la transgression de l'interdit. Ceci a pour but une certaine prise de conscience de soi avec ses dégâts multiples sur le plan familial et social et usant de la patience de l'adulte.

### 2. Phase d'affirmation du Moi :

c'est la période de revendication, de "Je veux!", se situant entre 13 et 16 ans chez la fille et entre 15 et 17 ans chez le garçon. C'est la phase au cours de laquelle se manifeste un vif désir d'indépendance. C'est aussi l'époque du conflit des générations et la période de l'adolescence où on discute beaucoup. Cette phase d'affirmation de soi est aussi d'aspect essentiellement narcissique avec les excès et les oppositions de tendances : mégalomanie, affabulation, idéalisation, générosité, altruisme et égoïsme.

### 3. Phase d'insertion :

c'est la période d'identification se situant entre 16 et 18 ans chez la fille et entre 18 et 20 ans chez le garçon. Au cours de cette phase, l'adolescent réalise son indépendance affective et construit son autonomie financière. Il accepte réellement et sans ambivalence de se passer de ses parents. Cette phase d'insertion est facilitée avec l'accès au travail et la relation de couple, mais freinée quand la précarité ou le chômage s'installent. Il faut savoir que de plus en plus d'adolescents se retrouvent désormais à la rue, sans

domicile fixe et sans travail régulier: c'est un phénomène relativement nouveau, et qui prend de l'ampleur depuis le début du 21ème siècle.

## 7. La crise d'identité à l'adolescence

### 7.1. Une crise endogène et exogène

Cette crise est endogène parce que ses troubles sont pour beaucoup dus à des transformations biologiques naturelles, internes, inévitables car génétiquement programmées.

Cette crise est en même temps exogène car elle est alimentée par des éléments extérieurs que sont les parents, les copains, les enseignants, les médias, etc.

La recherche d'identité à l'adolescence peut se dérouler sans incidents, voire sans résistance ou opposition. Ceci se manifeste, par exemple, au niveau de la transmission du savoir et des valeurs. Pour les adultes, il est important de savoir en quoi leurs enfants et leurs petits enfants se distinguent d'eux. D'après Margaret Mead, il existe 3 types de cultures : culture post-figurative, culture co-figurative et culture pré-figurative. Dans la culture post-figurative les enfants sont instruits par leurs parents et leurs aînés ; dans la culture co-figurative le mouvement de l'apprentissage et de l'instruction est horizontal (les enfants et les adultes apprennent avec leurs pairs) et dans la culture pré-figurative les adultes apprennent de leurs enfants. Jadis, la culture dominante était post-figurative ; de nos jours on peut affirmer que ces 3 types de cultures s'intriquent et le modèle post-figuratif n'est plus le modèle le plus dominant. Les adultes semblent apprendre de plus en plus souvent en même temps que leurs enfants, ou même apprendre d'eux (ex. dans le domaine de l'informatique et le monde virtuel). La transmission des valeurs ne se fait plus aujourd'hui à sens unique : un adolescent qu'on écoute, de qui on apprend, c'est un adolescent qui a une « personnalité », son Moi sera donc renforcé.

La recherche d'identité se peut se manifester sous forme de fantasme de changement de rôle : l'adolescent veut prendre la place d'un de ses parents en usurpant les droits de l'adulte. Il est adulte à la place du père ou de la mère. Il juge ses parents, les conseille, les infantilise. Ceci est une condition pour devenir adulte. L'adolescent s'identifie ainsi à des images de parents mûrs.

### 7.2. L'appartenance à un groupe

Le besoin d'être en groupe répond à des nécessités éducatives et sociales. Ce besoin répond aussi à des motivations intra psychiques personnelles. Il est donc inquiétant de voir un adolescent trop systématiquement attaché à des relations limitées au cercle familial. Le groupe est un moyen d'échange des différentes informations relatives au patrimoine de chacun (situations familiales, activités de loisirs ou des intérêts individuels qu'il a l'occasion de transmettre à ses pairs comme la discussion autour d'un film, d'un livre, d'une émission de télévision, d'un site Internet particulier, d'une rencontre sportive, etc.). Pour ce qui est de l'aspect social du fonctionnement du groupe, on peut parler de l'intégration dans la société et plus particulièrement à la classe d'âge qui spécifie cette société (ex. sport ou musique en tant que moyen d'intégration). L'exercice de ce besoin constitue un lien entre l'adolescent et ses pairs. Concernant les motivations intrapsychiques individuelles, on peut dire que le groupe permet d'atteindre ce que l'on rêve d'acquérir, de conquérir ou d'être (c'est donc le relais de ce qu'on appelle l'idéal du moi).

Or, cette période charnière ne se fait pas sans conflits et en même temps que ses relations avec la famille changent, l'adolescent s'ouvre à un monde bien plus large dans lequel ses camarades vont prendre une place capitale. Les groupes du même âge constituent dans cette période de puissants agents de socialisation dont les fonctions sont plutôt complémentaires qu'opposées à celle du groupe de la cellule familiale. Ils facilitent le développement de relations amicales très investies à l'adolescence, stimulent les identifications réciproques et contribuent au remaniement de l'identité personnelle et sociale. Ils donnent

enfin aux adolescents la possibilité d'expérimenter des rôles et des situations sociales qui s'inscrivent dans une dialectique du " faire" et de "l'interdit".

Autre agent de socialisation: l'école d'une part crée des conditions propices à la constitution et au fonctionnement des groupes de camarades et d'autre part stimule ou devrait stimuler la confrontation avec les statuts professionnels adultes. 18

### Conclusion :

Le groupe peut également constituer un lieu de projection extrême. Il peut aussi constituer un danger représentant ainsi un refuge à l'opposition au milieu familial ou le lieu de rencontre avec un membre antisocial ou même malade, ce qui risque de déstabiliser l'équilibre de l'adolescent qui s'y attache.

Il est aussi clair qu'à l'adolescence, l'enfant doit abandonner le mode de rapport qu'il avait jusqu'ici avec ses parents et en construire un autre dans lequel l'autonomie, l'identité des partenaires seront pleinement reconnues. La conduite des parents doit se modifier aussi bien du point de vue des affects que pour ce qui tient de leur rôle en tant qu'agent de socialisation.

### 7.3. Les risques de la non-identification

Ces risques sont nombreux, et parmi ceux-ci, on peut citer la marginalité, la délinquance juvénile (délits de violence, délits sexuels, prostitution, fugue et vagabondage, toxicomanie, constitution de bandes asociales, etc.)

La marginalité touche heureusement une minorité d'adolescents. Dans les pays occidentaux on assiste à une dédramatisation (donc moins de réactions sensationnelles) de la marginalité et des aspects déviants. L'ensemble de la jeunesse n'est plus alors montré du doigt ! On a compris peut être que les marginaux d'hier sont les intégrés de demain. En revanche, à l'échelle d'une génération ou même d'une vie, la marginalité restera pour certains groupes d'individus, une caractéristique de leur existence. En effet la marginalité constitue une période privilégiée de la vulnérabilité de certains adolescents. On peut faire la distinction de 3 types de marginalité : la marginalité par engagement ou marginalité fondatrice - d'identité- (ex. le mouvement hippie dans les années 60 en occident), la marginalité par tradition (appartenance marginale du milieu familial ou social de l'adolescent comme par exemple certaines minorités ethniques ou socioculturelles) et la marginalité par résignation ( quand l'environnement n'a pas été choisi par le sujet mais imposé par des contraintes économiques comme par exemple les familles du quart monde).

### 7.4. L'identité sexuelle

#### a . Que faire avec ce nouveau corps désormais porteur de sexe reconnaissable ?

Cette identité sexuelle s'octroie à la première étape de la génitalisation où le jeune adolescent cherche à accéder à la sexualité adulte. L'adolescent doit d'abord reconstruire, modifier son identité pour y intégrer cette nouvelle identité sexuelle.

Le développement de l'identité sexuelle repose d'abord sur la reconnaissance puis l'acceptation de la nouvelle image du corps. Une image qui implique elle-même un contenu et des limites que la transformation pubertaire modifie. L'identité sexuelle consiste à se reconnaître dans un sexe. Dans la plupart des cas le sexe du corps et le sexe « physique » sont en correspondance.

A l'adolescence la transformation du corps impose le choix entre le masculin et le féminin ! L'accès à l'identité sexuelle débute par une perte qui est celle de la bisexualité potentielle et de

l'indétermination de l'enfance. Le jeune adolescent peut maintenir une certaine ambiguïté tant que le corps reste impubère ! L'adolescent, au contraire, ne peut plus jouer de ses ambiguïtés. Chez beaucoup d'adolescents, ce choix reste imposé par le corps et se traduira par une lutte intense entre les tendances passives et les tendances actives. Il est coutume d'attribuer au pôle de la féminité la passivité et au pôle de la masculinité l'activité. Cette intégration du couple activité-passivité représente un travail psychique important. Ainsi certains adolescents font preuve d'une hyperactivité par peur de la passivité et inversement, d'autres s'enfoncent dans une inertie passive par peur d'une activité assimilée souvent à la violence et à une pulsion destructrice. Ce couple passivité-activité jouera un rôle prépondérant dans les relations que l'adolescent établira avec son partenaire amoureux.

Le choix de l'objet sexuel (vers lequel va se diriger la pulsion amoureuse ou pulsion libidinale) dépend de nombreux facteurs qui sont en général régis par des mécanismes inconscients. L'adolescent doit donc s'identifier dans un sexe déterminé, sexe qui est celui de son corps et de son fonctionnement psychologique. La définition de l'identité propre se fait progressivement et peut être étayée par certains choix qui sont d'inspiration essentiellement narcissique : l'adolescent peut aimer celui ou celle qu'il considère comme le propre reflet de lui-même, celui ou celle qu'il aimerait être. Aimer celui ou celle qu'on croit être est le type même du choix narcissique. Aimer celui ou celle qui ressemble à son idéal est un autre choix moins directement narcissique. Bien d'adolescents doutent de leur valeur, au moins pour cette personne. Ceci permet d'étayer la propre estime que l'adolescent se porte ou pour combler les craintes et les incertitudes sur cette estime.

**b. L'issue hétérosexuelle :** l'adolescent se met à avoir une certaine curiosité vis-à-vis de l'autre sexe qui est à la fois dénigré et idéalisé. On s'épie, on s'auto-observe. C'est le moment où les bandes se mixent, et c'est le temps des grandes passions, des grandes désillusions. On parle alors d'hémorragie des sentiments ; l'adolescent fait l'admiration de l'autrui en traversant les grandes périodes de jalousie. Petit à petit, les Objets affectifs deviennent stables jusqu'à la formation du couple. Dès lors l'adolescent peut faire des projets. Il devient capable de faire coïncider l'amour romantique et l'amour sexuel.

**c. L'issue homosexuelle :** la bande, généralement unisexuée, est constituée d'individus semblables. Les membres ont alors les mêmes idoles, les mêmes costumes. Le but de ces bandes est d'éviter la solitude, de s'identifier par rapport à un modèle, une norme, et de prendre en charge les désirs de l'individu. Chaque membre du groupe y trouve sécurité et revalorisation. Elle permet aussi à l'adolescent d'éviter la confrontation à l'autre sexe.

Dans le groupe, l'adolescent va chercher un ami, un confident. Le choix est très narcissique, fait d'idéalisation et d'admiration. On se raconte tout vis-à-vis de la famille, de l'école. Dans cette phase il peut y avoir expérience homosexuelle véritable et transitoire.

## 7.5. Quelques problèmes liés à l'adolescence

### a. La toxicomanie

La toxicomanie comprend l'usage et la dépendance. Les toxiques peuvent être légaux (tabac, alcool et médicaments sur ordonnance) comme ils peuvent être illégaux (drogues dures).

On doit souligner aussi que c'est moins le produit qui fait la toxicomanie que la dépendance au produit (pour l'alcool, on parle "d'intempérance" qu'on peut diagnostiquer par le biais du C.A.G.E.-Test {C : Cut Down Drinking, A : Annoyance, G : Guilty et E : Eye Opener}).

D'autre part, il existe un nombre non négligeable de personnes très dignes qui sont objectivement toxicomanes à "leurs médicaments" (très souvent des somnifères). Cela étant, les toxiques "légaux"



présentent une différence fondamentale avec les stupéfiants en ce sens que leur usage, même régulier, induit rarement une désinsertion sociale avec son cortège des conduites plus ou moins délictueuses.

Si l'on s'intéresse aux autres facteurs de risque, notamment psychologiques, on trouve chez les adeptes des drogues dites "dures" (héroïne, cocaïne, crack etc.) une fréquence caractéristique de certains traits de personnalité :

- immaturité affective
- passivité
- dépendance
- sujet "incompris" par les parents, les enseignants, les soignants, les adultes
- sujet fonctionnant dans la revendication de la satisfaction immédiate de ce qui n'a jamais eu le

temps de devenir un "désir". Ce mode de fonctionnement est parfois le résultat d'une structure familiale particulière, où la mère, par culpabilité ou pour toute autre raison, a toujours besoin d'anticiper sur la demande de son enfant.

On retrouve aussi assez fréquemment la notion "d'auto prescription" maternelle de médicaments pour un oui ou pour un non : croyance magique dans le pouvoir de substances chimiques de résoudre tous les problèmes tant physiques que psychiques. Ces traits particuliers valent surtout pour les sujets dont les conditions économiques relativement favorisées ne sauraient expliquer leur quête anxieuse et suicidaire d'un "paradis artificiel".

Tous ces comportements sont pour l'adolescent un moyen de retenir l'attention de l'adulte et de provoquer sa complicité.

### b. Problèmes liés à l'évolution de la sexualité

Il faut d'abord rappeler que l'épanouissement sexuel des adolescents, à partir d'un certain stade de maturation psychologique, implique des conditions d'autonomie matérielle vraie, faute de quoi cette sexualité ne peut s'accomplir que dans le cadre contraignant d'une problématique permissive de la part des adultes. Ce qui revient à dire à l'adolescent "soit autonome puisque je te le permets". Cette injonction paradoxale ressemble beaucoup, toutes proportions gardées, à celles, plus élaborées, qui servent à fabriquer les schizophrènes.

L'adolescence est aussi la période des grossesses non désirées. L.I.V.G. (interruption volontaire de la grossesse), solution "mécanique" au problème, ne règle pas la masse des problèmes associés et le plus souvent inconscients, comme la culpabilité, l'angoisse, le désir non exprimé, sans oublier les complications gynécologiques éventuelles des techniques opératoires utilisées. Ces complications ne sont pas si rares malgré les progrès techniques.

### c. Les accidents

C'est la première cause de mortalité des jeunes. Certains accidents peuvent être considérés comme des suicides masqués (accidents de moto notamment). Il y a une forte prédominance masculine.

### d. Les tentatives de suicide et les suicides

Les tentatives de suicide sont très fréquentes, surtout chez les jeunes filles: 15 filles pour 1 garçon. C'est une cause très importante de mortalité (quand la tentative aboutit). Elles ne doivent jamais être prises à la légère (l'absence de volonté avérée d'en finir avec la vie, ne rend pas le "passage à l'acte" bénin). Quant aux suicides, ils concernent de nombreux garçons (2 garçons pour 1 fille, malgré 15 fois moins de tentatives).

## CHAPITRE III

### MALTRAITANCE ET ENFANCE / ADOLESCENCE EN DANGER

Objectifs :

1. Savoir définir les notions de maltraitance et d'enfance en danger.
2. Connaître les signes faisant suspecter un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent.

#### 1. Définitions

##### 1.1. Maltraitance à enfant

Regroupe des conduites qui, par leur violence ou leur répétition, sont susceptibles de retentir sur l'état général des enfants et de nuire gravement à leur développement physique et psychologique.

Cette définition s'applique aux sévices suivants :

- Sévices physiques
- Sévices par négligence ou carence de soins
- Sévices psychologiques
- Abus ou sévices sexuels
- Sévices par procuration ou « syndrome de Munchausen par procuration » (SMPP).

NB : il n'existe aucun critère clinique ni aucune définition juridique de la maltraitance à enfant et il n'existe aucune corrélation entre la gravité des lésions et leurs conséquences psychologiques. Par ex. : en cas de sévices physiques, des lésions discrètes peuvent être associées à des sévices psychologiques majeurs ou à des négligences qui affecteront durablement la vie psychique de l'enfant ; à l'inverse, des lésions graves peuvent être le résultat d'un acte impulsif et isolé, survenu lors d'une crise familiale, avec des risques minimes de récurrence et quelques chances d'être « oublié ».

### 1.2. Notion « de mineurs en danger »

Elle est juridique, car elle met en jeu la compétence du juge des enfants.

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), dans une perspective épidémiologique, considère que la notion d'« enfants en danger » regroupe les enfants maltraités et les enfants « à risque » de maltraitance.

Parmi les enfants maltraités on différencie les enfants victimes de violences physiques, d'abus sexuels, de négligences lourdes ou de violences psychologiques.

Les « enfants à risque » sont les mineurs exposés à des conditions d'existence susceptibles de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité ou leur éducation, c'est à dire ceux susceptibles d'être maltraités.

## 2. Epidémiologie de la maltraitance

Les données sont imprécises en raison :

- du silence des enfants maltraités lorsqu'ils sont en âge de parler,
- du déni habituel des parents lorsque les sévices sont découverts ou révélés par l'enfant,
- de la difficulté des professionnels à les reconnaître
- de leur réticence à en faire le signalement une fois reconnus,
- de l'absence de critères cliniques définissant le champ de la maltraitance.

Augmentation actuelle du nombre de cas signalés en raison :

- d'une prise de conscience récente de la gravité des conséquences de la maltraitance,
- de l'incitation forte du nouveau dispositif législatif,
- d'une plus grande vigilance des autorités dans son application.

Quelques chiffres : Ils restent approximatifs et s'appuient sur des estimations, projections et extrapolations :

- 300 à 600 décès d'enfants seraient chaque année imputables à la maltraitance ;

- parmi eux, 10 % environ seraient des cas signalés ;
- sur 200 admissions en pédiatrie, 1 enfant est victime de sévices ;
- 80 % des enfants hospitalisés pour mauvais traitements ont moins de 3 ans et 40 % moins de 1 an : la maltraitance s'inscrit donc souvent dans un trouble profond et très précoce de la relation parent-enfant.

Dans son rapport annuel de 2003, l'ODAS recensait :

- 86.000 enfants signalés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), autrement dit « en danger » (contre 65.000 en 1995) ;
- parmi eux, 49.000 (57 %) ont fait l'objet de mesures judiciaires (contre 55 % en 1995) ;
- 18.300 étaient considérés comme réellement maltraités dont les 2/3 âgés de moins de 4 ans :
  - . 5600 cas par sévices physiques (7 000 en 1998),
  - . 5900 par abus sexuel (5 000 en 1998),
  - . 5000 par négligences lourdes (5 300 en 1998),
  - . 2000 par sévices psychologiques (1 700 en 1998) ;
- la proportion de familles monoparentales parmi les familles d'enfants en danger est 3 fois plus importante que dans la population générale ;
- le nombre d'enfants placés est en nette régression : 135 000 (contre 235.000 en 1975).

La Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance a permis la formation d'un Observatoire national de l'enfance en danger qui devrait améliorer ces données...

### 3. Signes comportementaux

Non spécifiques, souvent très discrets, ils nécessitent une observation attentive de l'enfant et de ses interrelations avec son entourage.

#### 3.1. Chez le nourrisson

L'observation des interactions avec ses parents peut montrer :

- Evitement du regard, disparaissant au contact des soignants.
- « Vigilance gelée » du regard chez un nourrisson, en alerte, sur « le qui-vive », esquissant des mouvements de protection à l'approche de l'examineur.
- Souffrance dépressive patente : gestes rares, ralentis, parfois associés à des rythmies de balancement et une quête affective.
- Instabilité motrice : quand le nourrisson est en âge de marcher, il est en perpétuel mouvement, ce qui l'expose en plus à des accidents domestiques s'il est livré à lui-même.
- Autres troubles, communs aux états de souffrance psychique durable : retard psychomoteur, anorexie, polyphagie, mérycisme, troubles du sommeil...

- Ces symptômes comportementaux peuvent être particulièrement exaspérants pour l'entourage et constituer à leur tour des facteurs de maltraitance.

### 3.2. Chez l'enfant d'âge scolaire

Souvent en échec dans les apprentissages, il accumule des difficultés langagières, cognitives, relationnelles avec une inhibition ou au contraire des troubles caractériels auxquels viennent s'ajouter des troubles du sommeil, des troubles sphinctériens...

On observe parfois des comportements exhibitionnistes et de provocations sexuelles en cas de violences sexuelles associées.

### 3.3. Chez l'adolescent

Un état dépressif authentique est souvent masqué par des troubles comportementaux : conduites à risque, actes délictuels, fugues répétées...

Des idées ou des conduites suicidaires sont parfois révélatrices.

Si une relation de confiance a pu s'installer avec un adulte, enfants et adolescents manifestent alors une grande avidité affective, mais selon un mode assez indifférencié.

Cette tendance est particulièrement nette lors d'une hospitalisation, s'affirmant en même temps que les symptômes ou troubles comportementaux régressent.

□ NB : toujours penser à de possibles abus sexuels concomitants.

## 4. Contexte familial

Les parents nient être les auteurs des lésions observées, ou sinon récusent toute intention maltraitante dans leurs actes en les justifiant comme nécessité éducative imposée par un enfant particulièrement rebelle, ou comme châtiment corporel inscrit dans les traditions.

### Indices évocateurs :

Souvent les signes physiques de maltraitances ne sont pas très nets ou très graves.

Les indices suivants sont toujours des éléments primordiaux :

- Retard pris pour faire appel au médecin ou hospitaliser l'enfant, malgré la gravité évidente des lésions et demande précipitée d'hospitalisation en dernière extrémité.

- Discordances dans les discours des parents sur l'anamnèse : interrogés séparément, chacun donne une version différente, avec des contradictions d'un entretien à l'autre.

- Discordance entre les lésions retrouvées lors de l'examen clinique et les explications données par les parents.

- Notion d'hospitalisations antérieures répétées, en particulier pour des traumatismes mal expliqués, des accidents domestiques, signes possibles d'une négligence parentale.
- Le carnet de santé (à condition que l'enfant ait été suivi) permet éventuellement d'en retrouver les traces et de reconstituer les courbes pondérale et staturale.
- Fluctuations des versions données par l'enfant d'un jour à l'autre et selon ses interlocuteurs.

**- Comportement des parents au cours de l'hospitalisation :**

- Certains font de rares visites souvent intempestives en manifestant peu d'émotion,
- D'autres au contraire sont très démonstratifs, mais avec un discours infiltré d'agressivité contre l'enfant mais aussi contre les soignants,
- D'autres enfin ne demandent aucune nouvelle de leur enfant ou fuient les rencontres avec les soignants.
- Notion d'antécédents de maltraitance pour un autre enfant de la fratrie, voire d'un décès suspect trop rapidement déclaré accidentel ou « mort subite » si c'était un nourrisson.

## **5. Facteurs de risques**

### **5.1. Une conjugaison de facteurs de risques**

#### **a. Un enfant-cible :**

Du fait de son statut particulier dans sa famille :

- Un enfant « précieux », investi d'une fonction réparatrice ou salvatrice (enfant de remplacement, enfant né par procréation médicalement assisté...) mais décevant, qui ne répond pas aux attentes, qui se montre indocile, exigeant, trop ou pas assez entreprenant...
- Un enfant illégitime (né d'un adultère, d'un inceste ou d'un viol), voué à être la honte des siens.

Du fait de circonstances particulières :

- Grossesse pathologique.
- Prématurité, gémellité.
- Séparation précoce, répétée ou prolongée en raison d'une hospitalisation ou d'un placement.
- Enfant porteur d'un handicap, d'une anomalie génétique ou morphologique, d'une maladie chronique.
- Enfant présentant un trouble du comportement particulièrement éprouvant pour ses parents et suscitant des réactions d'intolérance (anorexie, instabilité psychomotrice, trouble sphinctérien, insomnie tenace...).

#### **b. Des parents ou des adultes à risque :**

- En raison de conditions sociales et familiales : deuil, séparation, déracinement, isolement, chômage (l'inactivité d'un des parents, ou du parent en cas de famille monoparentale, au sens large semble un facteur de risque important), famille monoparentale, parents jeunes,...

- En raison d'une situation de violence conjugale et familiale auxquelles viennent parfois s'ajouter l'alcoolisme ou la toxicomanie.
- En raison de troubles de leur personnalité (trouble du caractère, immaturité, instabilité) plus souvent qu'une pathologie mentale avérée, avec des capacités très limitées d'investir l'enfant dans la continuité et de s'identifier à ses besoins.
- En raison d'une faille de la personnalité jusque là plus ou moins masquée, en lien avec une expérience traumatique antérieure, survenue par ex. chez la mère lors d'une grossesse (interruption médicale de grossesse, mort périnatale...) réalisant un tableau de « névrose traumatique post-obstétricale », à l'origine d'une dépression du post-partum.

NB : Les parents sont souvent considérés comme co-responsables : par son désintérêt, son silence ou ses provocations, celui qui s'abstient de frapper induit, sinon facilite la violence de l'autre.

#### - Une famille à risque :

- Des familles traversées par des conflits transgénérationnels méconnus ou tenus secrets que trahit la violence des relations entre les générations.
- Des familles dites « à problèmes multiples », en proie à d'insurmontables difficultés économiques, sociales, affectives, relationnelles, éducatives avec une fratrie nombreuse, recomposée, une confusion des générations, une absence d'intimité et de prise en compte des besoins spécifiques des enfants. Parmi ces familles, de nombreuses sont sans secours, car isolées, sans domicile fixe ou vivent dans la clandestinité.
- En fait, tous les milieux sociaux sont concernés. S'il semble que la maltraitance à enfant est souvent plus facile à repérer dans les familles fréquentées habituellement par les travailleurs sociaux, un certain nombre de cas passent malgré tout totalement inaperçus.

#### - Une période de plus grande vulnérabilité :

Un deuil, une séparation des parents, la maladie d'un proche, le chômage, un déménagement, une dépression post-natale, sont des facteurs précipitants.

L'enfant lui-même peut être une source momentanée de tension, par ses pleurs, ses cris, ses troubles du comportement, ses troubles sphinctériens ou tout autre symptôme.

Son retour dans la famille après une absence prolongée pour une hospitalisation peut réactiver l'agressivité de ses parents contre lui.

### 5.2. L'interaction maltraitante

= Un processus circulaire et auto-entretenu entre l'enfant et ses parents se met en place.

#### 5.2.1. Du côté des parents :

Apparaissent souvent dès la naissance : difficultés à s'identifier à l'enfant, à reconnaître ses besoins, ses rythmes, ses désirs, ses manifestations émotionnelles.

Il devient pour ses parents un étranger ou pire un ennemi dont ils ne peuvent tolérer les mouvements personnels et les moindres manifestations d'autonomie.

En général, parents ayant une mauvaise image d'eux-mêmes, après une enfance meurtrie par de multiples carences affectives et éducatives, des placements répétés, une expérience de maltraitance.

En quête d'un objet consolateur idéal qu'ils n'ont jamais pu ni su rencontrer ou garder, ils sont sans cesse déçus avec sentiment d'injustice et de persécution, ne cessant d'attribuer à autrui la cause de leur

malheur. Il en va de même avec l'un de leurs enfants, appelé à prendre cette place de « bouc émissaire » sans rien en attendre d'autre que de l'ingratitude.

### 5.2.2. Du côté de l'enfant :

Face aux exigences éducatives de ses parents, à la ritualisation excessive des soins ou à leur incohérence, il déploie des défenses comportementales : opposition active ou passive.

Ainsi il s'exprime selon son âge par le retrait, des cris, des pleurs, une insomnie, un refus alimentaire, des mensonges et bien d'autres symptômes, interprétés par ses parents comme autant de signes intentionnels de malveillance et d'ingratitude à leur égard. Car là où les intervenants parlent de maltraitance, les parents parlent d'éducation sans éprouver le moindre doute et la moindre culpabilité.

La maltraitance n'empêche pas le mouvement normal d'idéalisation que tout enfant a à l'égard de ses parents, au contraire. Ainsi, est-il souvent profondément convaincu que les punitions reçues sont méritées. Il protège ses parents par son silence ou sa rétractation rapide après ses révélations ; de même, les mesures de placement destinées à le protéger de la violence de ses parents, si elles ne sont pas l'objet d'un travail d'explicitation, risquent de renforcer sa tendance à idéaliser ses parents et à vivre son placement comme une preuve de sa dangerosité ou une épreuve supplémentaire qu'il leur fait subir.

Tout concourt à ce que l'enfant construise une image dévalorisée de lui-même, destinée à justifier secondairement à ses yeux la violence dont il est l'objet, à la reproduire ensuite en l'agissant tout en la subissant à l'école avec ses pairs, ses enseignants, ses nouvelles relations sociales ou affectives, à faire de la violence un mode privilégié d'échange avec autrui.

Les conditions sont ainsi souvent créées pour qu'il s'identifie à un enfant mauvais, décevant, dangereux, pour qu'il pérennise par ses comportements le phénomène de la maltraitance au sein de sa propre famille mais aussi des familles d'accueil ou dans les institutions auxquelles il sera éventuellement confié. De telles interactions rendent compte aussi de la tendance à la répétition de la maltraitance.

## 6. LES ABUS SEXUELS

### 6.1. Définition des abus sexuels

Selon la loi, ils incluent les relations physiques à caractère sexuel :

- entre l'auteur et le mineur de moins de 15 ans ;
- ou pour tout mineur par un ascendant, par une personne ayant autorité sur le mineur, par une pluralité d'auteurs, ou sous la menace d'une arme ;
- ou pour tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur le mineur par violence, contrainte, menace ou surprise.
- Il peut s'agir d'appels téléphoniques obscènes, d'outrage à la pudeur, de voyeurisme, d'exhibitionnisme, de participation à des films pornographiques, d'incitation à la prostitution, de simple attouchement ou de viol, soit dans le cadre d'un inceste soit dans le cadre d'actes pédophiles.

### 6.2. Les signes révélateurs

Certains signes physiques sont évidents : découverte de lésions génitales ou périnéales, d'un saignement vaginal ou rectal, d'une infection génito-urinaire ou d'une maladie sexuellement transmissible.



Mais le plus souvent les signes sont indirects, non spécifiques, traduisant surtout un surcroît d'excitation.

### ON DOIT ETRE ALERTE PAR LA SURVENUE INEXPLIQUEE :

- de symptômes dépressifs, de troubles du sommeil, de troubles alimentaires ou sphinctériens, d'une baisse de l'efficacité scolaire.
- d'une inhibition intellectuelle, affective ou sociale, d'un mutisme électif ou une véritable phobie sociale.
- de conduites d'opposition au moment de la toilette périnéale et un refus vigoureux d'être déshabillé lors de l'examen médical.
- d'attitudes agressives ou des provocations à connotation sexuelle.
- de conduites masturbatoires compulsives que la présence d'autrui n'arrête pas, avec des essais réitérés avec ou sans violence d'attouchements sexuels sur d'autres enfants.

### Chez une adolescente, sont évocateurs :

- la survenue inopinée de douleurs abdominales ou pelviennes, de céphalées, d'une dysurie, de troubles comportementaux auto et/ou hétéroagressifs (fugues, délinquance, tentatives de suicide).
- des troubles des conduites addictives (toxicomanie, boulimie, hyperphagie aboutissant à une obésité, véritable "carapace" contre la séduction).
- une grossesse.

### 6.3. Fréquence des abus sexuels

Des enquêtes en milieu scolaire et universitaire indiquent qu'actuellement 1 fille sur 8 et 1 garçon sur 10 serait victime d'un abus sexuel avant l'âge de 18 ans.

### 6.4. Les auteurs d'abus sexuel

Dans la majorité des cas, l'abus ne survient pas brutalement mais au terme d'une approche progressive : après avoir repéré sa victime, l'auteur a tissé des relations d'emprise et de séduction avec elle. L'enfant n'identifie pas le basculement de la relation dans l'abus avec cet adulte ressenti comme bienveillant.

Il n'existe pas un « profil type » caractérisant la personnalité de l'abuseur.

Le passage à l'acte pédophile s'inscrit dans des contextes psychopathologiques variés, depuis le pervers jusqu'à l'immature affectif, avec souvent des antécédents de maltraitance dans l'enfance.

**3 fois sur 4, ces abus sont exercés par un membre de la famille ou un proche.**

Sans doute la forme de maltraitance la plus occultée, du fait de la peur qu'éprouve l'enfant à la révéler.

### 6.5. L'inceste

Il s'agit majoritairement de filles, victimes d'un inceste avec le père (45 %), le beau-père (17,5%), un grand-père (7%), un frère (18 %).

Il concerne surtout le groupe d'âge des 11/15 ans (51 % des cas), suivi par les 6/10 ans (45 %).  
« Accident » parfois isolé, il dure en général plusieurs années.

Ces pères sont décrits comme des êtres immatures et exerçant un pouvoir tyrannique sur leurs filles qui sont alors successivement très souvent leurs victimes.

Les mères, lorsqu'elles découvrent l'inceste, s'y résignent souvent ou y consentent silencieusement.

La révélation de l'inceste survient lorsque l'enfant, mais plus souvent l'adolescente, prend conscience de l'anormalité de la situation, c'est-à-dire tardivement, avec hésitation, pour plusieurs raisons :

- la peur des représailles et la crainte de détruire la famille,
- la honte et la culpabilité rétrospective d'avoir accepté l'inceste sinon d'y avoir participé, l'enfant endossant la responsabilité de l'acte commis par l'adulte sur lui.

Cette révélation est toujours un moment dramatique qui doit être abordé avec beaucoup de respect pour la parole de l'enfant ou de l'adolescente, pour son statut de sujet et avec un cadrage précis des interventions que cette révélation va désormais engager :

- en l'informant du déroulement des étapes médicales, sociales et juridiques, de façon nominative pour qu'elle puisse les anticiper et donner du sens au signalement,
- en essayant de limiter le nombre des intervenants.

La révélation de l'inceste pose chaque fois le problème de la crédibilité de la parole de l'enfant, en particulier lorsqu'il est pris dans la tourmente d'une séparation parentale. Très influençable, il peut être alors utilisé dans le conflit qui oppose ses parents. (**Bien que cela soit finalement assez rare et l'on peut s'en apercevoir rapidement**).

## **7. La maltraitance psychologique**

Elle est toujours associée aux autres formes de maltraitance et en fait partie intégrante.

Souligner l'effet particulièrement destructeur de la violence psychologique à travers des agressions verbales.

Dans certaines situations, la maltraitance psychologique apparaît au 1er plan du tableau clinique selon 6 formes diversement associées (d'après l'APSAC, American Professional Society of the Abuse of Children, 1995) :

- Le rejet actif traduisant une non-reconnaissance de la légitimité des demandes de l'enfant.
- Le dénigrement (souvent associé au rejet) visant à déprécier et à dévaloriser l'enfant.
- Le terrorisme lié à la création d'un climat menaçant, hostile ou imprévisible.
- L'isolement-confinement coupant l'enfant de ses contacts sociaux habituels en l'amenant à croire qu'il n'a personne sur qui compter en dehors de ceux qui le maltraitent.
- L'indifférence face aux demandes affectives de l'enfant.
- L'exploitation ou encore la corruption valorisant les comportements antisociaux et déviants chez l'enfant.

### **3 éléments à bien avoir à l'esprit :**

- La dimension inter- et trans-générationnelle de ces troubles relationnels, que l'on retrouve généralement entre les parents maltraitants et leurs propres parents.

- La grande difficulté voire l'impossibilité d'établir une alliance thérapeutique avec de telles familles.
- L'impression qu'ont parfois certains professionnels d'être maltraités par ces parents peut mobiliser en eux des contre-attitudes non sans conséquence sur l'avenir du dispositif de soin.

## 8. Aspects médico-légaux du signalement

Le système français de protection des enfants victimes de sévices repose sur l'intervention, déclenchée après un signalement, des autorités administratives (Service de Protection Maternelle et Infantile, Aide sociale à l'Enfance, Service Social polyvalent de secteur) ou judiciaires (Parquet, Juridiction pour enfants).

Leurs rôles respectifs ont été précisés dans la loi du 10 juillet 1989.

Le médecin ne doit pas ignorer ce dispositif ni les prescriptions du Code de Déontologie Médicale ainsi que du Code Pénal s'il veut intervenir dans l'intérêt des enfants chez lesquels le diagnostic de maltraitance est posé ou seulement suspecté. Le médecin a ainsi la responsabilité de décider ou non de leur signalement, une procédure légale dont il doit cependant chaque fois s'assurer de la légitimité après avoir évalué l'ensemble de la situation pour ne pas faire subir à l'enfant et à sa famille le préjudice d'une décision précipitée.

### 8.1. Code de Déontologie Médicale

#### Article 4 :

Il concerne le secret médical et stipule : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu et compris ».

#### Article 44 :

Il autorise la levée du secret en cas de maltraitance à enfant : « Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privation, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans 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 doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives ».

### 8.2. Code Pénal

Obligation de signaler :

**Article 434.3** : « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de 3 ans d'emprisonnement et de 45000 € d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 ».

Le dernier alinéa a été ajouté afin d'éviter que les auteurs de sévices n'hésitent à faire prodiguer à l'enfant les soins nécessaires par crainte d'être dénoncés.

Dérogation pour les personnes tenues au secret professionnel :

**Article 226.13** : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui est dépositaire soit par état, soit par profession... est punie d'1 an d'emprisonnement et de 15.000 € d'amende ».

Article 226.14 : autorise les personnes tenues au secret professionnel, définies par l'article précédent, à faire un signalement dans le cas de violences sur mineurs, mais en aucune manière à dénoncer leurs auteurs présumés.

« L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République 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 mineure, son accord n'est pas nécessaire ;»

NB1 : depuis la Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004, la limite de 15 ans pour les signalements de mineurs est passée à 18 ans.

NB2 : L'autorisation de signalement ne signifie pas obligation de signalement. Ce qui reste par contre obligatoire pour le médecin, est « qu'il mette en oeuvre les moyens les plus adéquats pour protéger l'enfant victime en faisant preuve de prudence et de circonspection » (article 44 du code de déontologie).

Non assistance à personne en danger :

**Article 223. 6** : Le médecin (ou un autre professionnel) n'ayant pas signalé une situation d'enfant en danger pourra toujours se retrancher derrière le secret professionnel, mais pourra être condamné pour non assistance à personne en péril, sauf s'il prouve que son action soustrayait de façon CERTAINE l'enfant du danger (un enfant qui irait, sur le conseil d'un médecin, chez sa grand-mère, ne serait pas soustrait au danger).

Cet article ne prévoit aucune exception : « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime soit un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne, s'abstient de le faire est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que sans risque pour lui ou pour des tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours »

**WANTED PEDO**

## CHAPITRE IV

### RECAPITULONS : DANS QUELLES CIRCONSTANCES ÉVOQUE T'ON UN ABUS SEXUEL ?

#### A- L'abus sexuel peut être, après dévoilement, le motif de la consultation

##### 1- On peut distinguer deux modèles de révélation :

- Le premier consiste en une révélation par phases successives, incluant des dénis et des rétractations : Summit a décrit le « syndrome d'accommodation » avec ses 5 stades : secret, désarroi, révélation retardée, révélation non convaincante, rétractation. Sorenson et Snow décrivent 5 stades successifs : déni, tentative de révélation, révélation active, rétractation (inconstante), réaffirmation.

Ils rapportent que 79% des enfants déniaient l'abus dans un premier temps ou font des révélations vagues, partielles, variables dans le temps (disant qu'ils ne se rappellent plus, que l'abus est survenu une seule fois ou longtemps auparavant, ou qu'ils plaisantaient, ou que l'abus a concerné quelqu'un d'autre). Dans leur étude, 22% des victimes se sont rétractées, dont 93% ont ensuite réaffirmé l'abus.

- Dans le deuxième modèle, l'enfant révèle l'abus de façon accidentelle ou délibérée, mais clairement. Les différents facteurs entraînant la révélation ont été étudiés : Di Pietro et coll. analysent les données de 179 enfants ayant été examinés pour abus sexuel : les facteurs significativement en rapport avec la révélation étaient : une révélation antérieure, l'âge de l'enfant supérieur à 4 ans, la présence de frères ou sœurs au foyer, un abus oro-génital, une pénétration vaginale ou rectale, un abuseur qui n'était pas un parent biologique, un examen anormal, le fait que l'entretien se faisait avec la même personne que l'examen (médecin ou infirmière). Après analyse statistique, les facteurs indépendants les plus significatifs étaient l'âge, une histoire de révélation antérieure, le fait que l'entretien et l'examen soient menés par la même personne. Campis et coll. analysent le rôle des stades de développement de l'enfant dans la détection et la révélation des abus : les enfants d'âge préscolaire (au sens américain du terme) sont plus susceptibles de manifester des symptômes physiques ou comportementaux faisant soupçonner un abus, de faire des révélations « accidentelles », avec un événement déclenchant qui n'a pas toujours de rapport avec l'abus ; ils peuvent être incapables de comprendre l'acte de l'abuseur et omettre dans la révélation des éléments essentiels, engendrant ainsi un doute dans l'esprit de l'adulte.

L'enfant peut émettre une affirmation ambiguë, peut-être au sujet "d'un autre enfant que je connais...".

2- Lorsqu'un grand enfant révèle clairement un abus intra-familial ou perpétré par un familier (révélation à un proche, à une amie, à l'infirmière ou à l'assistante scolaire), il est habituel que cette révélation s'accompagne de demande de secret (« je ne veux pas que vous le disiez à quelqu'un d'autre », « je ne veux pas que ma mère soit au courant », « j'ai quelque chose d'important à vous dire, mais je ne vous le dirai que si vous me promettez le secret ») et d'un désir de maîtrise de la situation (« je ne veux pas que mon père aille en prison »). Le professionnel ne doit pas se laisser enfermer par ces demandes et doit l'expliquer clairement à l'enfant. Il est essentiel de noter immédiatement les mots exacts qu'utilise l'enfant, pour pouvoir les transcrire dans le signalement qui sera peut-être fait. On l'a vu, la rétractation est fréquente et ne doit pas remettre en cause la révélation.

3- Un problème difficile est celui des allégations d'abus sexuels. Il importe de définir ce mot, qui en soi veut simplement dire « affirmation quelconque » (pour le Petit Robert). Cependant, comme le rappelle M Manciaux dans un ouvrage sur les allégations d'abus sexuels, le Dictionnaire encyclopédique Larousse le définit ainsi : « affirmation, assertion, le plus souvent considérée comme mal fondée ou mensongère ». C'est ainsi qu'actuellement, le terme de « allégation d'abus sexuel » est souvent appliqué aux déclarations ou suspicions d'abus énoncées par un parent accusant l'autre dans des situations de séparation. A la période de doute systématique sur la parole de l'enfant (« l'enfant est naturellement menteur ») a succédé une phase où l'enfant, supposé innocent, disait forcément la vérité. Mais la difficulté réside ici en ce que la parole de l'enfant est rapportée par un adulte. Il semble important que le professionnel conserve une attitude ouverte, permettant de penser que le parent qui allègue l'abus peut avoir raison ou non. C'est l'évaluation de sa parole qui s'impose.

L'entretien est donc essentiel, si possible séparément avec l'enfant et avec le parent ; avec celui-ci, il faut tenter de savoir pourquoi il a des soupçons, comment il a formulé les questions à l'enfant, et s'il les a répétées ; l'enfant a-t-il spontanément dit des mots évoquant un abus, ou le parent, inquiet par le comportement de l'enfant (triste ou inquiet) au retour d'un week-end chez l'autre parent, a-t-il « soutiré » des réponses imprécises ?

Les fausses allégations ne concerneraient que 3 à 7 % des allégations des enfants ( M.Gabel 1992 ). Elles seraient particulièrement redoutées lors des conflits de garde d'enfant ou d'exercice de droits de visite. **A l'inverse ces situations de séparation des parents peuvent permettre la circulation d'une parole chez l'enfant cadencée avant la séparation par les deux parents.** L'analyse de ces allégations de l'enfant est importante: elles doivent être interprétées en fonction de l'âge de l'enfant. Une expression trop secondarisée, trop adulte dans la formulation est suspecte d'influence et de manipulation par un adulte. ( cf C. Ollivier-Gaillard 1999,). Cette manipulation peut être consciente dans le but de nuire à l'autre conjoint, elle peut-être inconsciente du fait que le parent ( la mère le plus souvent ) a pu subir des abus sexuels dans son enfance, et susciter inconsciemment de telles situations pour son enfant, ou les appréhender de manière angoissante, et les redouter constamment. Bien souvent, le sentiment est que les inquiétudes sont peu fondées et que le parent consultant demandait à être rassuré. Il peut arriver également, soit que l'éventualité de l'abus semble à envisager, ou, plus rarement, que le parent crée sciemment un doute sur un possible abus pour un but précis , obtenir la garde exclusive de l'enfant par exemple. Il est nécessaire en tout cas que cette évaluation difficile soit faite de façon pluridisciplinaire : pédiatre et psychologue ou psychiatre au moins. Plus préoccupant est le problème du silence des victimes, surtout dans la mesure où elles ne sont pas protégées de leur agresseur. Seulement 7% des situations d'abus sexuel seraient révélées à une autorité médicale ou sociale de police ou de justice ( M. Duboc 1997) .(Deux victimes sur trois ne parleraient pas de cette maltraitance sexuelle).

### **B- Un traumatisme des organes génitaux peut être le motif de la consultation et faire suspecter un abus sexuel.**

Deux types d'éléments sont importants :

- Le caractère plausible ou non des explications données par l'entourage.
- Certaines données d'examen : les chutes à califourchon entraînent habituellement des lésions des tissus péri-urétraux, des lèvres et du mont de Venus , la pénétration vaginale par un objet moussé peut entraîner des lésions analogues à celles d'une agression sexuelle, la plupart des traumatismes par chute à

califourchon entraînent des lésions de la partie antérieure de l'hymen, alors qu'une pénétration forcée est responsable de lésions postérieures, la gymnastique ou l'équitation n'entraînent pas de blessures par pénétration.

### **C- Infections gynécologiques**

1- Les vulvites, même à répétition, sont banales chez la fillette prépubère. Cependant, deux types d'arguments peuvent faire soupçonner (ou affirmer) un abus :

- un contexte particulier que l'on sent « trouble », une proximité excessive avec un parent
- la découverte par les sérologies et les prélèvements vulvaires (qui sont rarement nécessaires) de certains agents infectieux
- la découverte d'un gonocoque, d'un Trichomonas, de Chlamydia après l'âge de 3 ans, donne une quasi certitude d'abus. Il en est de même d'une sérologie positive pour la syphilis ou le VIH, en l'absence de transmission materno-foetale.
- Une infection génitale herpétique, des condylomes acuminés, doivent faire envisager sérieusement la possibilité d'un abus
- Il n'y a que simple possibilité s'il y a présence de Gardnerella vaginalis ou de Mycoplasme
- Certains agents pathogènes ne sont pas sexuellement transmissibles : streptocoque du groupe A, Candida albicans, Shigella, salmonelles, Streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae, staphylocoque doré, Moraxella catarrhalis, Yersinia enterocolitica

2- Certaines pathologies peuvent être confondues avec des lésions traumatiques dues à un abus : le lichen scléro-atrophique, une coalescence des petites lèvres, un hémangiome, un prolapsus de la muqueuse urétrale, une cellulite streptococcique, une absence de fusion de la ligne médiane.

### **D - Troubles fonctionnels :**

Des douleurs abdominales répétées, des céphalées, des malaises ou lipothymies, ont pu permettre de découvrir la réalité d'abus sexuels dont l'enfant n'avait jusque-là pas parlé.

Une jeune de 10 ans fut hospitalisée dans le service après qu'elle eut révélé à l'école avoir surpris des relations sexuelles entre sa soeur aînée, âgée de 13 ans, et leur père. Or trois ans auparavant, cette grande soeur avait été hospitalisée à 2 reprises pour douleurs abdominales récurrentes. La reprise a posteriori de l'histoire montrait que la grande soeur subissait déjà certainement ces relations incestueuses. Aurait-on dû à ce moment diagnostiquer l'abus sexuel et sur quels arguments ? La première réponse est qu'on aurait pu être étonné que, à la deuxième hospitalisation, les parents ayant dit que la jeune avait eu ses premières règles, ils avaient choisi de la faire sortir « sur demande » lorsqu'on leur avait expliqué que la maturation pubertaire de leur fille n'était pas en accord avec le début des règles, et qu'on allait la montrer au gynécologue. Le deuxième argument est que, à cette époque, la réalité des abus était quasi-inconnue en France, et que, maintenant qu'on en est averti, les entretiens avec l'enfant et sa famille auraient pu faire lever l'intuition que la situation méritait analyse plus poussée.



Une banale énurésie ne fait pas à elle seule évoquer un abus, il peut ne pas en être de même d'une encoprésie.

### **E - Troubles du comportement :**

Les troubles du sommeil sont fréquents chez les enfants victimes d'inceste : le jeune refuse de s'endormir alors qu'il sait que l'abuseur en profitera pour venir dans sa chambre à ce moment.

Un vocabulaire ou un comportement anormalement « sexuel » pour le stade de développement de l'enfant peuvent également attirer l'attention : jeux spontanés sur des poupées, avec maltraitance, ou actes perpétrés sur des enfants: toucher des organes génitaux, fellations, sodomies, pénétrations anales avec des objets, simulations ou réalisation d'actes sexuels sur d'autres enfants. Une expertise concernant un enfant agresseur sexuellement peut révéler qu'il a subi lui-même des violences sexuelles récemment.

Provocations à l'égard d'adultes, rapprochés physiques inappropriés ou distance et méfiance vis-à-vis du consultant.

Les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) sont plus l'apanage de l'adolescent(e) que de l'enfant prépubère. Dans un pourcentage non négligeable de cas, ils peuvent permettre de découvrir un abus sexuel incestueux.

Les adolescents peuvent faire des fugues sans raison apparente, peut-être espérant que quelqu'un va leur poser " la" question qui leur a pesé lourd pendant si longtemps.

**F - Les tentatives de suicide**, quel qu'en soit le facteur déclenchant apparent ou allégué, doivent systématiquement faire se poser la question d'un éventuel abus.

**G - A la limite de la définition des abus sexuels** : les « climats incestueux », les « familles à transactions incestueuses », dans lesquelles la perte des repères intergénérationnels peut avoir des conséquences psychologiques aussi sévères qu'un abus sexuel véritable.

### **CONCLUSION :**

**Lors d'une évaluation d'une situation de suspicion d'abus sexuel** classiquement **Le recueil de l'histoire** doit être fait par un professionnel formé et expérimenté. **Celui-ci doit résister à l'envie de savoir « tout, tout de suite ».**

L'entretien doit d'abord porter sur la vie habituelle de l'enfant, ses centres d'intérêt et mettre l'enfant en confiance.

**Il faut apprécier son stade de développement** : le jeune enfant peut se rappeler précisément un évènement central et ne pas en avoir mémorisé précisément les à côtés (description du lieu et autres détails). Il peut également ne pas comprendre la signification des nombres (une ou plusieurs fois ?). Les jeunes enfants situent les faits passés par rapport à certains évènements (Noël, les vacances, un anniversaire) plus que par rapport à la date elle-même. La révélation de l'abus peut demander de répéter les entretiens.

La crédibilité de l'enfant est souvent discutée : Monteleone cite Jones qui, en 1986, étudie 576 dossiers d'enfants sexuellement abusés : l'abus a été inventé dans 7,81 % des cas : dans 6,25% des cas par un adulte, dans 1,56% par l'enfant. Pour Cantwell, les allégations d'abus sexuels que font les enfants sont véridiques dans environ 90% des cas. **La plupart des auteurs admettent que le déni d'un abus est plus fréquent que l'allégation mensongère.** Rappelons que la loi rend maintenant obligatoire que l'interrogatoire par la police, en cas de plainte ou de signalement, soit filmé.

**Les dessins de l'enfant** sont parfois suggestifs par des formes qui peuvent inquiéter mais qui n'apportent pas la preuve. Les dessins peuvent être impressionnants dessinant l'acte lui-même, ou l'atteinte du corps.

**Les jeux avec des poupées sexuées ou non**, peuvent apporter un support à l'enfant pour exprimer ce qu'il a subi, surtout s'il a du mal à l'exprimer.

Une autre procédure peut aider la personne qui se trouve face à un enfant dont on soupçonne un abus sexuel : **le test des gommettes** :

Donner à l'enfant une feuille blanche séparée en 3 parties. Sur cette feuille, en bas en centre dessiner un petit bonhomme en signifiant à l'enfant que ce dessin le représente lui « **on va dire que ce petit bonhomme, c'est toi d'accord ?** » « **Alors si c'est toi, quel petit visage tu vas lui donner, le visage heureux, neutre, ou triste ?** »

Sur une autre, dessiner 3 ronds ou vous allez dessiner un visage à l'intérieur, ces visages vont symboliser 3 émotions différentes : heureux ; neutre ; malheureux. Sur un premier rond, dessinez un visage qui sourit ( type « smiley » ). S'assurer que l'enfant comprend ce que l'on dessine, c'est à dire si il sait reconnaître l'émotion → « **et ce que tu connais cette émotion ?** » ; dans un autre rond, un visage neutre et dans le dernier un malheureux.

Demander à l'enfant de placer sur la feuille séparée en 3 parties les personnes de sa famille et les personnes proches de la famille (oncles, cousins... personnes que l'enfant voit souvent) du plus proche d'elle, émotionnellement et physiquement. La première partie de la feuille, la partie la plus proche, la deuxième un peu moins proche et la troisième, le plus éloigné.

Ensuite, demander lui d'attribuer à chacun des personnages une émotion à l'aide des petits « ronds smiley » : Exemple : « **je vois que près de toi, tu as mis ta maman, qu'est ce qu'elle te donne comme émotion ( sentiments dans ton cœur...) ta maman ?** » et placé le petit rond à côté du personnage maman. « **Je vois que juste à côté de maman tu as mis ton papa, quel émotion te donne ton papa** » et ainsi de suite avec les autres personnages pour l'instant sans poser de questions. Une fois terminé, reprenez avec l'enfant chaque personnage et l'émotion associée. « **Alors dis moi, tu as mis le bonhomme qui sourit, qui rends heureux à côté de maman, qu'est ce qui te rends si heureuse avec maman ??** » ( N'hésitez pas à renforcer positivement chaque personnage positif, cela servira à l'enfant à bien intégrer ses repères et à ce rendre compte que, malgré ce qu'elle vit, les personnes bénéfiques sont là. « **Tu as mis à côté de papa le visage qui est triste, en quoi ton papa te rend triste ?** »

Le but de ce test étant bien évidemment d'aider l'enfant à parler, sous forme de petit jeu et une fois que les choses sont posées sur le papier, il sera plus facile de dialoguer car vous aurez un support « **Tiens je vois que ton grand père est juste à côté de toi mais que tu lui a mis le visage qui rends triste....** »

Redonner une feuille à l'enfant ( toujours séparé en 3 parties avec sa représentation en bas

de la feuille) et lui donner la consigne suivante « cette fois si, tu vas placer sur cette feuille ta famille, ta famille proche mais comme tu aimerais que ce soit...si tu pouvais choisir, ou serait tous ces personnages de ta famille par rapport à toi ? et quelles émotions tu leur donnerai ? Si il y a des personnes que tu ne veux pas bouger tu as le droit. » Avec ses nouvelles données, vous verrez à coup sur la personne qui lui fait du mal être relayé au dernier plan ! vous pourrez continuer l'enquête avec comme support le travail effectué avec l'enfant.

WANTED PEDO