

M. ROBIN IMM Recueil des phénomènes de maltraitances

Cette étude part du constat de la méconnaissance des phénomènes de maltraitance en pédopsychiatrie, ainsi que du manque d'outils pour les décrire de manière interprofessionnelle. Elle analyse les moyens de mesure des phénomènes de maltraitances chez des adolescents hospitalisés en unité de crise de psychiatrie, puis mesure ces phénomènes chez 74 patients hospitalisés pendant une année. Au-delà de la description des maltraitances, l'observation clinique a amené les auteurs à créer une échelle des Interactions Familiales à Risque. Les résultats de l'étude suggèrent que ces risques se situent à la fois du côté de la morbidité psychiatrique et des violences et négligences.

L'étude de la littérature sur les maltraitances de l'enfant et de l'adolescent révèle que ces phénomènes sont fréquents et sous-estimés, mais aussi que ces jeunes sont sur-représentés en psychiatrie. Notre étude confirme ces constats précédents. Nos résultats rapportent 23% d'abus sexuels, 12% d'abus physiques, 34% d'abus psychologiques, 12% de négligences physiques et 77% de négligences psychologiques. Ce sont donc surtout les abus et négligences psychologiques qui sont sur-représentés en psychiatrie ou sous-estimés ailleurs.

Les analyses de corrélations révèlent que les adolescents hospitalisés en psychiatrie présentent un risque augmenté d'automutilations lorsqu'ils sont victimes d'abus sexuels, un risque augmenté d'état de stress post-traumatique lorsqu'ils ont vécu des abus physiques, un risque augmenté de troubles externalisés lorsqu'ils ont vécu des négligences psychologiques. Leur gravité médicale à l'admission est augmentée en cas d'abus physiques, de négligences psychologiques et physiques. Le nombre de prescriptions médicamenteuses à la sortie de l'hôpital est augmenté en cas d'abus sexuels et de négligence physique. Enfin, il existe plus d'antécédents psychiatriques parentaux chez les adolescents qui ont été victimes d'abus physiques, d'abus psychologiques, et de négligences physiques. Un quart (25,6%) des adolescents hospitalisés présentaient des antécédents familiaux de tentative de suicide.

Nos résultats rapportent également des corrélations entre violences-négligences et fonctionnement émotionnel des adolescents. Notamment, les adolescents ayant un score de maltraitance élevé avaient un type d'attachement 'détaché' moins fréquent, c'est-à-dire que ces jeunes ont, de façon surprenante, moins tendance à se replier sur eux-mêmes, mais restent au contraire très dépendant ou encore plus dépendants de figures d'attachement jugées fiables (dans un probable processus d'idéalisation). Ces patients ont aussi montré des délais plus

rapides de reconnaissance du dégoût, de la tristesse et de la joie lors d'une épreuve de reconnaissance émotionnelle faciale, suggérant ainsi qu'ils ont développé une hypervigilance aux états mentaux d'autrui, dans une possible logique de stratégie de survie (et dans la lignée de résultats comparables dans l'état de stress post-traumatique chez l'adulte).

Enfin, la création d'une échelle des Interactions Familiales à Risque a montré, par la mesure des phénomènes cliniques décrits (par des cliniciens en hétéroévaluation), que les interactions familiales difficiles sont très fréquentes dans une population d'adolescents hospitalisés en psychiatrie. Elles incluent par exemple de lourdes difficultés de séparation ou à l'inverse d'intrusion, des phénomènes de rejet, d'imprévisibilité parentale, de messages contradictoires, d'exigences démesurées, de relations d'emprise, etc... Le score témoignant de l'accumulation de ces 30 critères apparaît corrélé à la présence de maltraitances avérées, mais aussi à la gravité du tableau médical à l'admission, suggérant que ces types de relations sont à risque à la fois d'alourdir une pathologie psychiatrique, mais aussi d'être un chemin, une étape vers la violence ou la négligence, tout en s'en distinguant. Cette échelle décrit des relations parents-enfants dans un continuum entre le 'normal' et le 'pathologique', et ne prend un sens psychiatrique que dans son aspect cumulatif (par l'intensité d'un critère isolé qui peut être extrême, ou bien par l'accumulation de plusieurs critères).

Nous avons ajouté à cette méthodologie quantitative une analyse qualitative de 10 cas cliniques, afin de rendre plus concrètes les situations cliniques prises en charge en pédopsychiatrie, et d'y réfléchir virtuellement depuis différentes fenêtres (psychiatre clinicien, chercheur, juriste, expert, travailleur social). Cette analyse permet de dégager le besoin de séparer les notions de vraisemblance et de conscience des maltraitances d'un côté et le maintien du rapport à la réalité d'un patient donné dans la perspective d'un travail psychique. Il apparaît ici que les patients n'ayant aucune conscience du degré de violence auxquelles ils ont été soumis ont perdu un certain rapport à la réalité externe, et que la prise de conscience de cette violence expose d'autres patients à un risque suicidaire. De plus, la description de ces cas souligne la difficulté d'articulation majeure entre services sociaux et psychiatriques.

Notre étude décrit des outils de description des situations de danger relationnel, incluant les phénomènes de violences-négligences et les interactions familiales à risque, avec pour but celui de faciliter les échanges interprofessionnels. Elle suggère également le besoin de traiter la question des relations parents-enfants difficiles autant du côté de la politique de la famille et de la santé que du côté des politiques sociales.