

NÉGLIGENCES ET MALTRAITANCES OU COMMENT NE PAS RÉPONDRE AUX BESOINS FONDAMENTAUX DES ENFANTS

G APTER, MD, PhD, PU-PH Pédopsychiatrie
Psychiatre Enfant/Périnatalité
Chef de Service GHH

LES BESOINS FONDAMENTAUX DE
L'ENFANT:
DE LA RECONNAISSANCE À LA RÉPONSE
OU
COMMENT LUTTER CONTRE LES
NÉGLIGENCES ET LES ABUS PRÉCOCES

G APTER, MD, PhD, PU-PH Pédopsychiatrie
Psychiatre Enfant/Périnatalité
Chef de Service GHH

PLAN

- Définitions/Classifications: maltraitance, négligences
 - France
 - OMS
- Les facteurs de risque, le repérage et l'évaluation
- Le parcours de développement du tout petit
- Le devenir
- Que pouvons nous faire?
- Préventions et soins
- Recherche: transdisciplinarité avec équipes dédiées
 - Stratégie de pec et de prévention prioritaire

**DÉFINITIONS/CLASSIFICATIONS:
MALTRAITANCE, NÉGLIGENCE
GRAVES, « CARENCES »**

LOI N° 2022-140 DU 7 FÉVRIER 2022 RELATIVE À LA PROTECTION DES ENFANTS

- Art. L. 119-1.-La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

FRANCE 2022

- Il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité (1) lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement (2), à ses droits (3), à ses besoins fondamentaux (4), et/ou à sa santé (5) et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance (6), de dépendance (7), de soin ou d'accompagnement (8). Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle (9). **Les violences et les négligences** peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations.

VULNÉRABILITÉ

- A priori un mineur est vulnérable
- Mais.. Parmi les mineurs il y a des encore plus vulnérables
- Ceux qui cumulent les vulnérabilités
- Il y a mineur et très très mineur!!!
- Les tout-petits sont les plus vulnérables et les moins à même de se défendre et les plus à même d'être maltraités
- La vulnérabilité est liée à des facteurs individuels et/ou des facteurs environnementaux.
- Eu égard à la maltraitance, une personne se sent ou est en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se trouve en difficulté voire impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise.
- Des facteurs individuels relatifs au genre, à l'orientation sexuelle, à la race, l'ethnie ou à la nationalité peuvent constituer un risque accru de vulnérabilité.

LE DÉVELOPPEMENT

- Le développement se poursuit certes
- Ce n'est pas que le RYTHME, c'est que le développement précoce est la base sur laquelle nous nous construisons, pas de bases pas de construction solide
- La première puis les 5 premières années ne sont pas de même nature! Cf CDC
- **<https://developingchild.harvard.edu/>**
- On entend par développement le processus de croissance continue d'un être humain qui le conduit à acquérir ou développer des capacités physiques, psychiques et socio- relationnelles.
- Le développement d'une personne se poursuit tout au long de sa vie même s'il revêt des rythmes et des formes différentes. Ce développement peut être facilité ou au contraire empêché par l'environnement matériel, social et relationnel, dans lequel la personne se trouve, et a fortiori par la maltraitance qu'elle subit.

History of the Center

- Le c
- Ce
dév
nou
con
- La p
pas
- ht
va

The Center on the Developing Child at Harvard University was established in 2006 by Center director Jack P. Shonkoff, M.D. Our founding mission was to generate, translate, and apply scientific knowledge that would close the gap between what we know and what we do to improve the lives of children facing adversity. Initially, we used existing knowledge about early childhood development to educate policymakers and build support for early investment. Over time, we increasingly turned to science as a source of new ideas for dramatically improving child outcomes. We now view existing best practices as a starting point, not a destination. **Our current mission is to drive science-based innovation that achieves breakthrough outcomes for children facing adversity.**

s de
e
cités
les.
suit

ntraire
cial et
ve, et

LES DROITS



- Problème des définitions
- UNE famille n'est pas SA famille biologique
- Entouré et aimé...?!

- Nc "Eqpxgpvkp"eqo r qtvg [76'ctvlegu](#). "TpppTepv's wg"ej cs wg"gphepv'e <
- rg"f tqk'f caxqt"wp'pgo . "wpg'pc vkpcedvll"wp'kf gpvkll
- rg"f tqk'f nvtg"uqk pll'r tqvll llf gu"o cne f lgu."f caxqt"wp'g'cdo gpvvkp" uwhhucpv"gv'Tk wkdtTg
- rg"f tqk'f cngt'h'hllkqrg
- rg"f tqk'f nvtg'r tqvll llf g'rc 'xkrgpeg."f g'rc' b cntckcpeg"gvf g"vqwg" hqto g"f cdwu"gvf g'zr nkc vkp
- rg"f tqk'f nvtg'r tqvll llf eqpv"vqwg'u'gu'hqto gu"f g" f kuetko kpc vkp
- rg"f tqk'f g'pg'r cu'hc kg'rc' f wgtg.'pkrc' uwdk
- rg"f tqk'f caxqt"wp'tghwi g."f nvtg"ugeqtw."gvf caxqt" f gu"eqpf kkpqu" f g" xlg" f Tkgpvu
- rg"f tqk'f g"lqwt"gvf caxqt" f gu"nkkku
- rg"f tqk'h'rc' hldgtvllf lphqto cvkp."f g'zr tguukp"gvf g'r ctvck cvkp
- rg"f tqk'f caxqt"wp'g'hc o kng."f nvtg"gpvqwtll'gv'c'lo ll

LES DROITS

- Problème des définitions
- UNE famille n'est pas SA famille biologique
- Entouré et aimé...?!

Article 9

1. Les États parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire dans certains cas particuliers, **par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant**, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant. (...)

Article 19

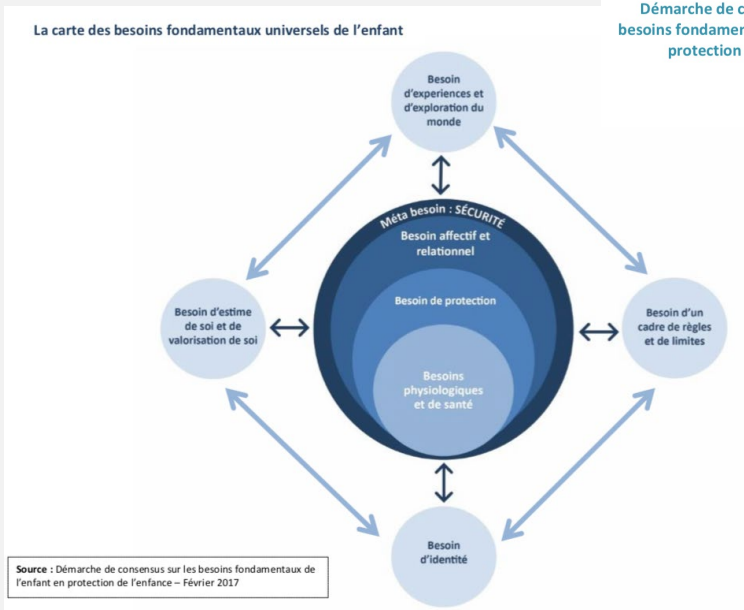
1. Les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute **forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements** ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié. (...)

Article 39

Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout **enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé**. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

LES BESOINS FONDAMENTAUX

- Le Meta besoin



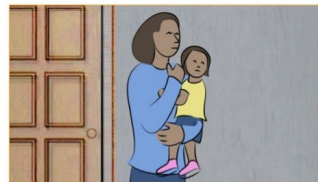
- **Pour les mineurs**, le besoin de sécurité ; les besoins physiologiques et de santé ; le besoin de protection ; le besoin de sécurité affective et relationnelle ; le besoin d'expériences et d'exploration du monde ; le besoin d'un cadre de règles et de limites ; le besoin d'identité ; le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi.

<https://solidaritesante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/familleenfance/article/rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfanten/>

- **Pour tous (mineurs et majeurs)**, les besoins physiologiques, le besoin de sécurité, le besoin d'appartenance, le besoin d'estime, le besoin de s'accomplir.

ATTACHEMENT

- Si cette atteinte est précoce (avant deux ans) avec les figures principales d'attachement ie les parents... elle impacte la vie entière
- et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance (6), de dépendance (7), de soin ou d'accompagnement (8).



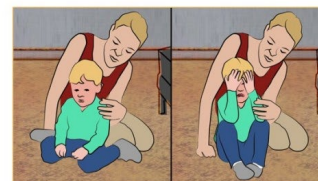
Secure



Insecure-Resistant



Insecure-Avoidant



Disorganized

DÉFINITIONS OMS

- Dans le rapport OMS :
- La maltraitance divisée entre :
 - Les abus sexuels (filles/garçons)
 - La violence physique – la violence psychologique
 - La négligence physique – la négligence affective

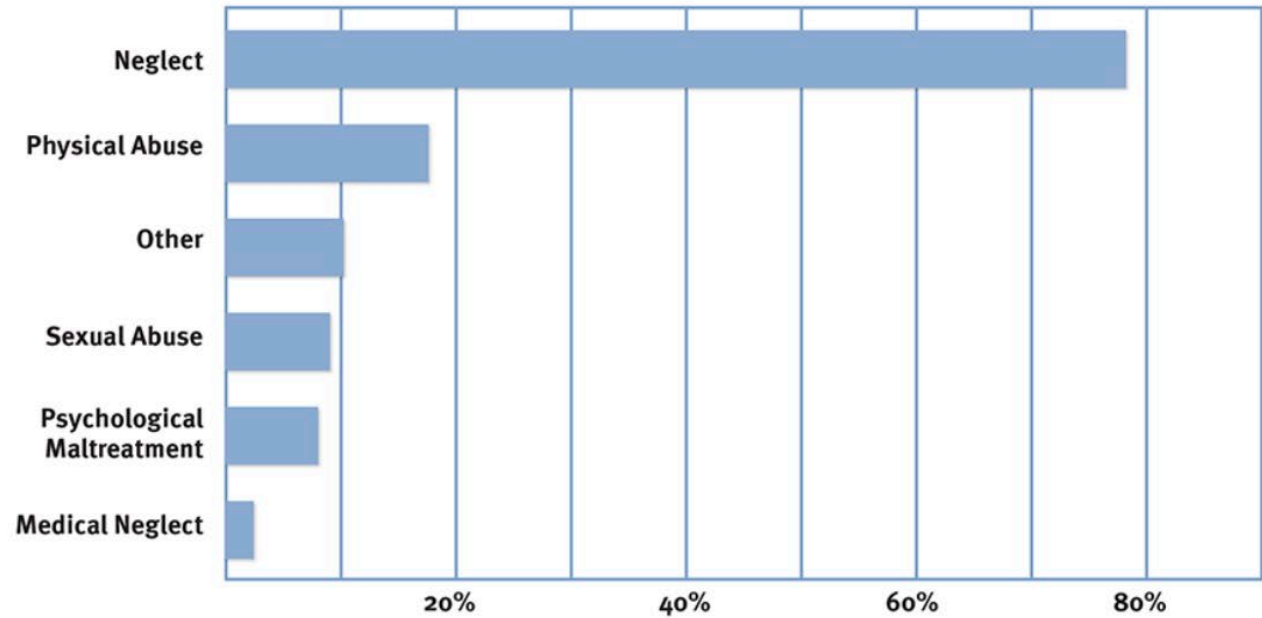
OMS

Ugnpp"nQti cplucvqp"o qpf krg"fg"rc"Uc pvtl*QO U+"
å Nc"o cntckcpeg"fg"ngphcpv"u gpvpgf "fg"qwwgu"rgu"hqto gu"fg"o cwcku"
vtckgo gpv"r j {uks wgu"gv"qw"chge vku."fg"uTlkegu"ugzwgn."fg"
pTl ri gpeg"qw"fg"vtckgo gpv"pTl ri gpy. qwf ggr rkc vqp"eqo o gtekrq"qw"
cwtg."gpvcpcpv"wp"r tTlwf leg"tTgn"qw"r qvpgnr qwt"rc"ucpvtlf g"ngphcpv."
uc"uwtxg."uqp"ftkgnr r go gpv"qw"uc"fk pkTlf cpu"rg"eqpvzvg"fwpg"
tgr vqp"fg"tgur qpucdkvTlf g"eqphcpeg"qw"fg"r qwxqt0

LES NÉGLIGENCE

- Les négligences sont le fait, pour la personne responsable de l'enfant (parents, grands-parents, etc.), de le priver des éléments indispensables à son bon développement et à son bien-être. Il peut s'agir par exemple de privations de nourriture, de sommeil, de soins, d'attention...**La négligence est ainsi une forme de maltraitance par omission**, à savoir l'absence de mobilisation de l'adulte dont dépendent le présent et l'avenir de l'enfant. Invisible et souvent oubliée, la négligence a néanmoins pour enjeu la survie, la sécurisation, l'éveil, l'estime de soi et l'éducation de l'enfant (1).
- **La négligence peut ne pas être intentionnelle**, mais elle met en danger l'enfant : c'est à ce titre qu'elle entre dans le champ de la maltraitance et doit être signalée.

Neglect Is the Most Prevalent Form of Child Maltreatment



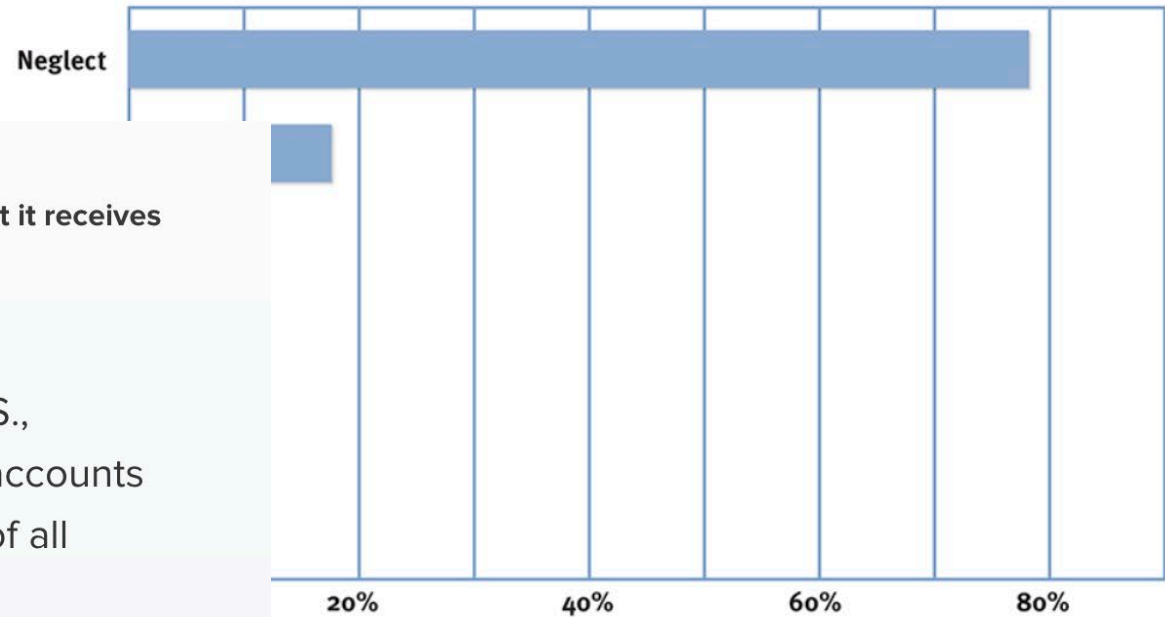
Source: U.S. Department of Health and Human Services (2010)

Center on the Developing Child HARVARD UNIVERSITY

www.developingchild.harvard.edu



Neglect Is the Most Prevalent Form of Child Maltreatment



Source: U.S. Department of Health and Human Services (2010)

HARVARD UNIVERSITY

www.developingchild.harvard.edu

In the U.S., neglect accounts for 78% of all child maltreatment cases, far more than physical abuse (17%), sexual abuse (9%), and psychological abuse (8%) combined.

Chronic neglect is associated with a wider range of damage than active abuse, but it receives less attention in policy and practice.

Science tells us that young children who experience significantly limited caregiver responsiveness may sustain a range of adverse physical and mental health consequences that actually produce more widespread developmental impairments than overt physical abuse. These can include cognitive delays, stunting of physical growth, impairments in executive function and self-regulation skills, and disruptions of the body's stress response. With more than a half million documented cases in the U.S. in 2010 alone, neglect accounts for 78% of all child maltreatment cases nationwide, far more than physical abuse (17%), sexual abuse (9%), and psychological abuse (8%) combined. Despite these compelling findings, child neglect receives far less public attention than either physical abuse or sexual exploitation and a lower proportion of mental health services.

FACTEURS DE RISQUE

Adverse Childhood Experiences

Traumatic events that can have negative, lasting effects on health and wellbeing



People with 6+ ACEs can die

20 yrs

earlier than those who have none

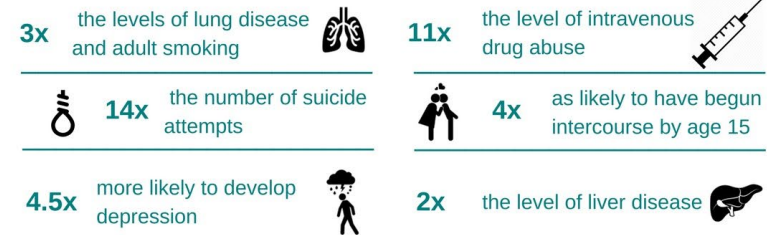


1/8 of the population have more than 4 ACEs



www.70-30.org.uk
@7030Campaign

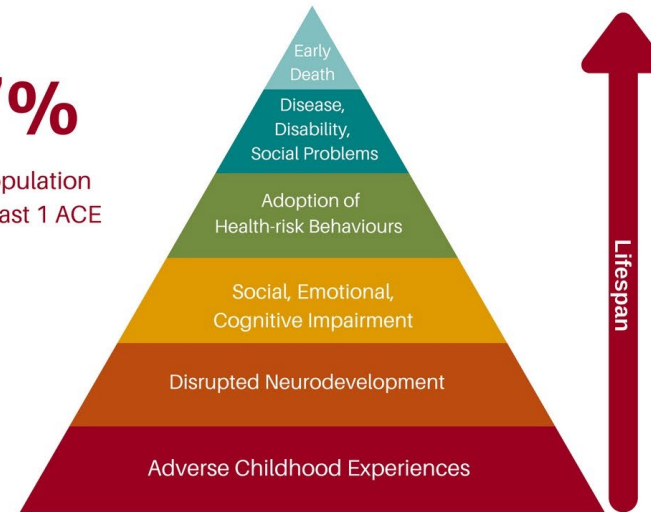
4 or more ACEs



“ Adverse childhood experiences are the single greatest unaddressed public health threat facing our nation today ”

Dr. Robert Block, the former President of the American Academy of Pediatrics

67%
of the population have at least 1 ACE



ACE-informed Approach

“ An ounce of PREVENTION is worth a pound of cure ”
Benjamin Franklin

Negative impacts of ACEs are significantly mitigated by having an **Always Available (trusted) Adult (AAA)**

People with 4+ ACEs and **NO CONSTANT SUPPORT** are

3x

more likely to do any two of the following:



heavy drinking



poor diet



daily smoking

Than people with 4+ ACEs and **CONSTANT AAA SUPPORT**



The presence of **PROTECTIVE FACTORS** can often mitigate the consequences of ACEs

Safe, stable, nurturing relationships



Concrete support for families in times of need



Parental resilience



Caregiver knowledge & application of positive parenting skills

Child's social and emotional skills



ACE-aware, supportive communities and social systems



TRAUMA-INFORMED CARE



Holistic, multi-agency, non-stigmatising, information sharing among all professionals

All children need to develop :

RESILIENCE
tools to respond to the challenges of life

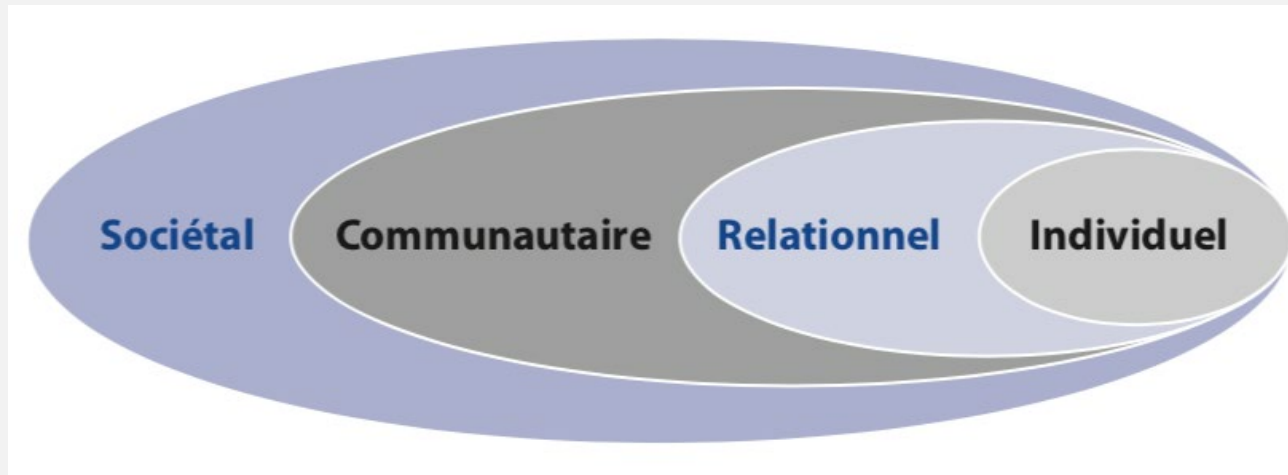
EMPATHY

ability to understand & share the feelings of others

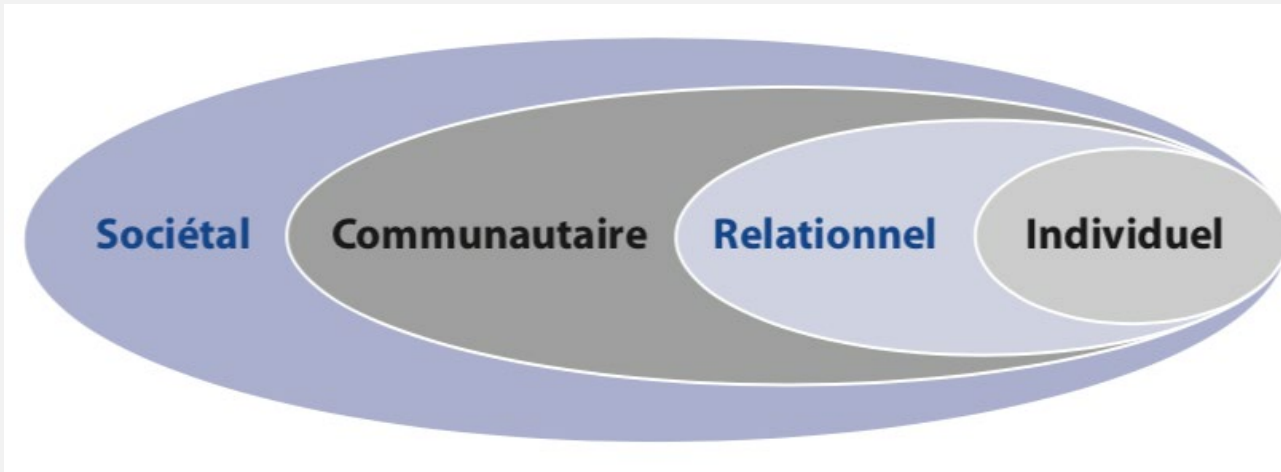
www.70-30.org.uk
@7030Campaign



MALTRAITANCE/NEGLIGENCE : FACTEURS DE RISQUE



MALTRAITANCE/NEGLIGENCE : FACTEURS DE RISQUE



PARENT :

Difficultés dans le lien avec le nouveau-né

Absence d'intérêt pour l'enfant

Manque de connaissance sur le développement de l'enfant

Mauvaise interprétation des comportements de l'enfant

Impulsivité

Utilisation des châtiments corporels comme moyen de discipliner l'enfant

Problèmes physiques ou mentaux / Déficience intellectuelle

Pathologies addictives

Délinquance

Isolement social

Dépression, auto dévalorisation

Age jeune, manque d'instruction

Difficultés financières

ENFANT :

Grossesse non désirée ou non réponse aux idéaux parentaux

Prématurité

Anomalie congénitale, handicap, maladie chronique

Bébé difficilement consolable

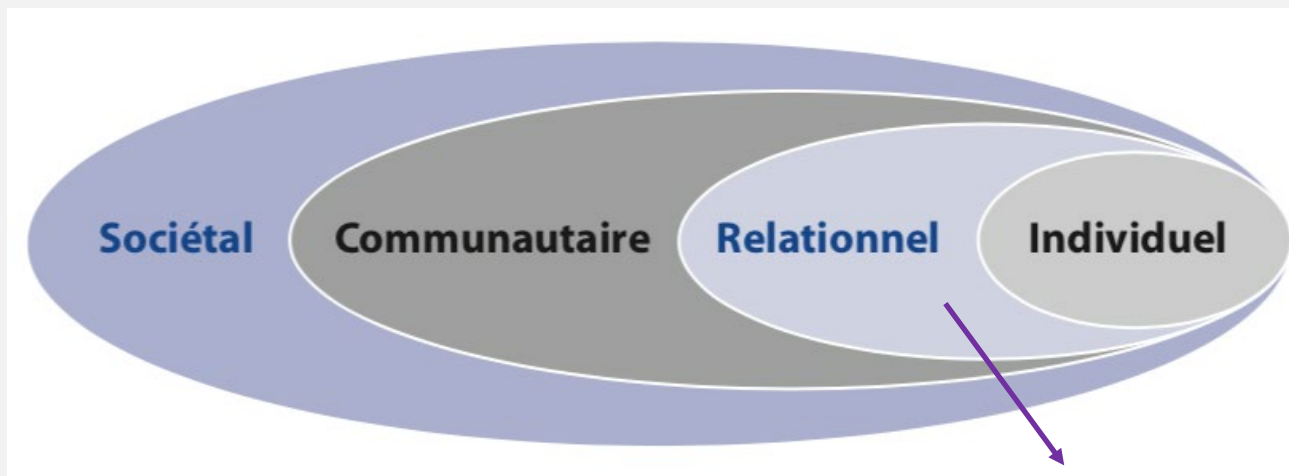
Symptômes de maladie mentale

Grossesse gémellaire

Fratrie proche en âge

Comportement violent

MALTRAITANCE/NEGLIGENCE : FACTEURS DE RISQUE

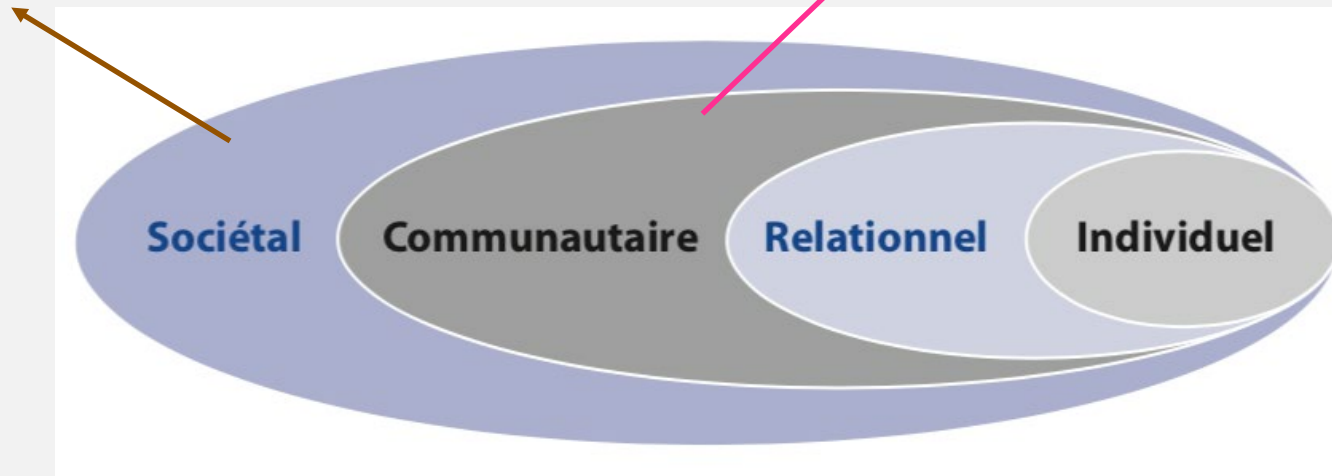


Manque d'attachement entre les parents et l'enfant / absence de liens affectifs
Pb de santé physique, mental ou lié au développement d'un membre de la famille
Éclatement de la famille
Violences intrafamiliales
Rôles dans les rapports intimes irrespectueux
Isolement de la communauté
Manque d'un réseau de soutien
Soutien moindre à l'enfant du fait de l'augmentation de la famille
Discrimination envers la famille
Implication dans les activités criminelles ou violentes

MALTRAITANCE/NEGLIGENCE : FACTEURS DE RISQUE

Politiques économiques, de santé,
d'éducation / normes sociales et culturelles /
statut des enfants dans la société

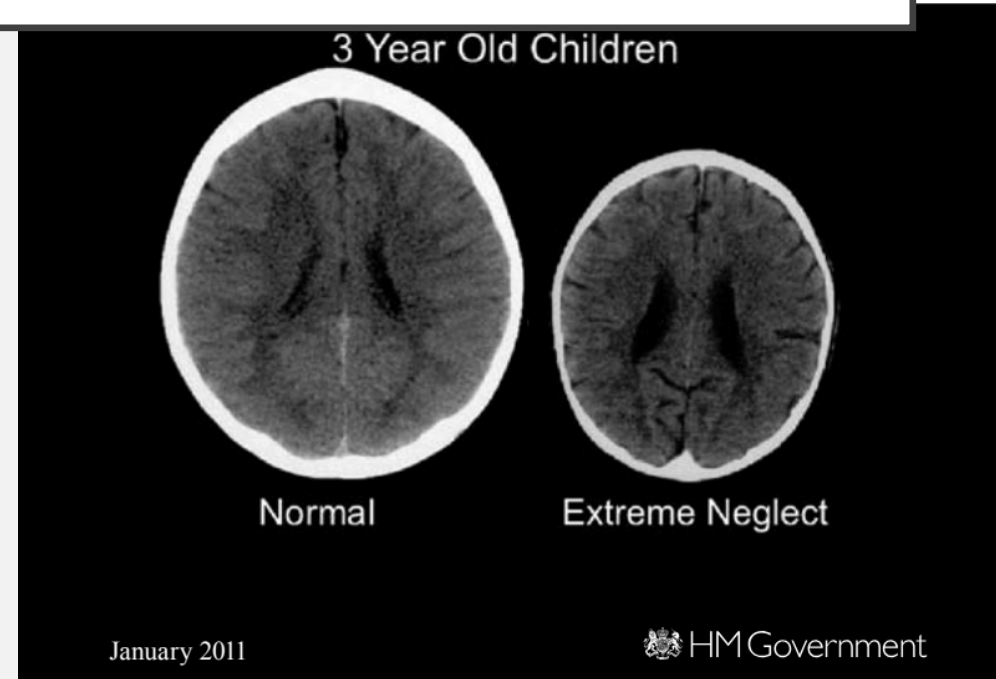
Tolérance de la violence / inégalités sexuelles et sociales dans la
communauté / manque de logement adéquats / manque de service de
soutien aux familles / chômage élevé / pauvreté / voisinages
transitoires / accès facile à l'alcool / trafic local de drogue / politiques
inadéquats



NEGLIGENCE : CONSÉQUENCES?

Early Intervention: The Next Steps

An Independent Report to Her Majesty's Government
Graham Allen MP



« Les images sur la couverture illustrent l'impact négatif de la négligence sur le développement du cerveau. Le scanner de gauche concerne un enfant de 3 ans en bonne santé avec une taille de tête moyenne (50e percentile). L'image de droite provient d'une série de trois enfants de 3 ans souffrant d'une grave privation sensorielle, négligence dans la petite enfance. Le cerveau de l'enfant est nettement plus petit que la moyenne et présente des développements du cortex (atrophie corticale) et autres anomalies suggérant un développement anormal du cerveau. »

D'après des études menées par des chercheurs de la Child Trauma Academy (www.childtrauma.org) dirigé par Bruce D Perry, MD, PhD.



PARCOURS DÉVELOPPEMENT ET DEVENIR DU TOUT-PETIT

Le fœtus

Bercé par les rythmes

Le nouveau-né

Prédisposé et disposé
à communiquer

Perception de contingences Apprentissages associatifs

Le prénatal

Le néonatal

Prédisposition à de nombreux invariants d'ordre supérieurs

Désir de communiquer

naissance

Motivation

Effortful

Orienté

- perceptions

- traitements

- actions

Sensibilité à la voix humaine

Sensibilité au visage humain

Sensibilité aux expressions faciales

Sensibilité aux émotions

Capacité d'imitation

Le fœtus

Bercé par les rythmes

Le nouveau-né

Prédisposé et disposé
à communiquer

Le bébé de 3 mois

Partenaire actif
Initie et maintient le
dialogue

Changement majeur dans le développement social

- Émergence du sourire social
- Ajustement du bébé : échanges bidirectionnels
- Sensibilité à la contingence sociale



Le premier trimestre de vie aérienne

- Du contrôle homéostatique vers le prolongement de l'attention
- Mise en place du dialogue, production vocale
- Intersubjectivité primaire : contact sympathique immédiat
- La mère, objet de l'attention
-

Le fœtus

Bercé par les rythmes

Le nouveau-né

Prédisposé et disposé à communiquer

Le bébé de 3 mois

Partenaire actif
Initie et maintient le dialogue

Le bébé de 6 mois

Partenaire toujours actif
Déjà de l'intelligence sociale
Prémices de l'attention conjointe

Développement sensori-moteur

Un objet dans la dyade
Étayage maternel
Routines interactives

Intelligence sociale

Attention partagée vers conjointe



Le fœtus

Bercé par les rythmes

Le nouveau-né

Prédisposé et disposé à communiquer

Le bébé de 3 mois

Partenaire actif

Initie et maintient le dialogue

Le bébé de 6 mois

Partenaire toujours actif

Déjà de l'intelligence sociale

Prémices de l'attention conjointe

Le bébé de 9 mois

Encore plus d'intelligence sociale

Partage son exploration du monde

Joue avec les conventions

Echange triadique

Entrée dans la culture

Gestes conventionnels

Taquinerie

Développement sociocognitif

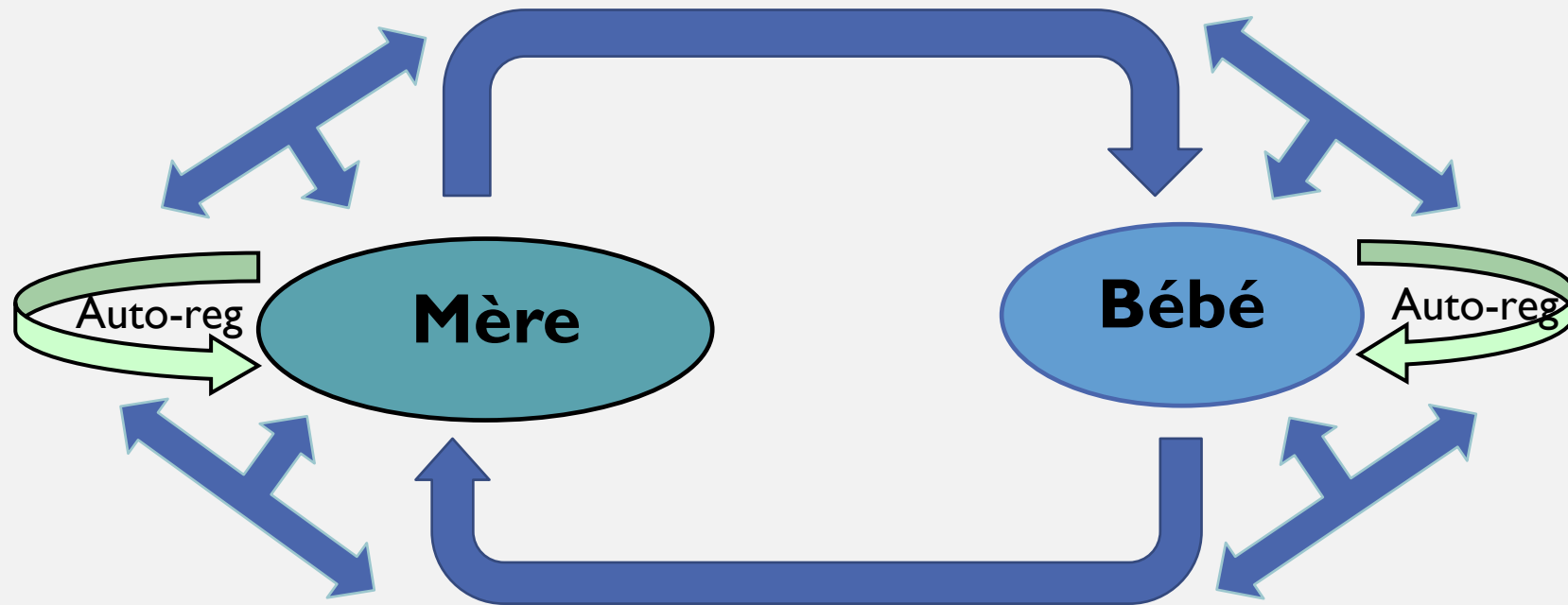


Intersubjectivité secondaire

Attention conjointe

Référenciation sociale

LE « SYSTÈME » INTERACTIF



Beebe & Jaffe

Lille 30 05 24 GA

- Le comportement maternel “prédit” seconde par seconde, le comportement du bébé et réciproquement (Tronick & al., Field & al., Feldman & al., Trevarthen & al).
- De plus, chaque partenaire de la dyade prédit son propre comportement.
- Le groupe avec la prédictibilité la plus « moyenne » sera celui qui deviendra sécure.
- La durée de désorganisation/réparation/réorganisation est 2 fois plus importante que l'état de synchronie

LE CONCEPT DE RÉPARATION

TRONICK

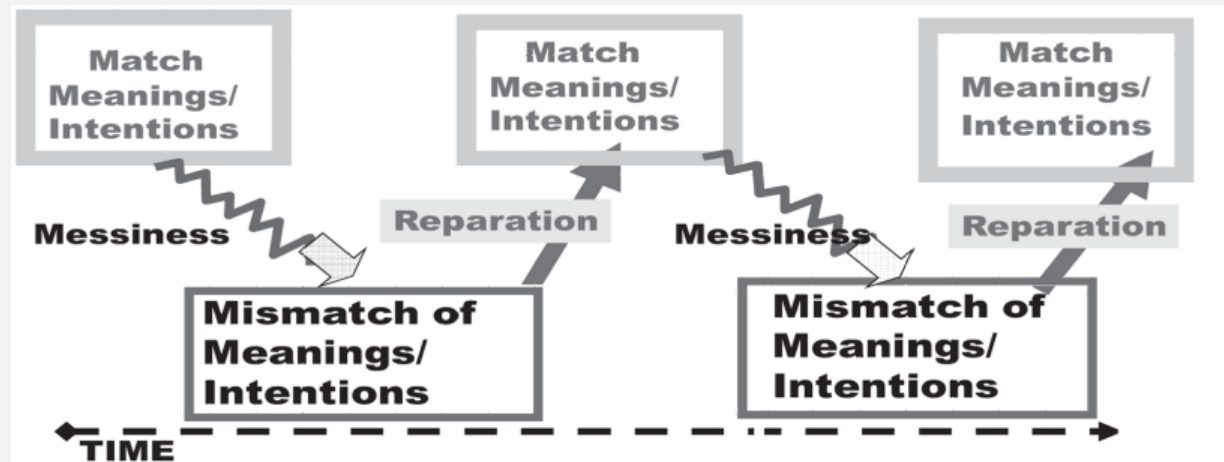
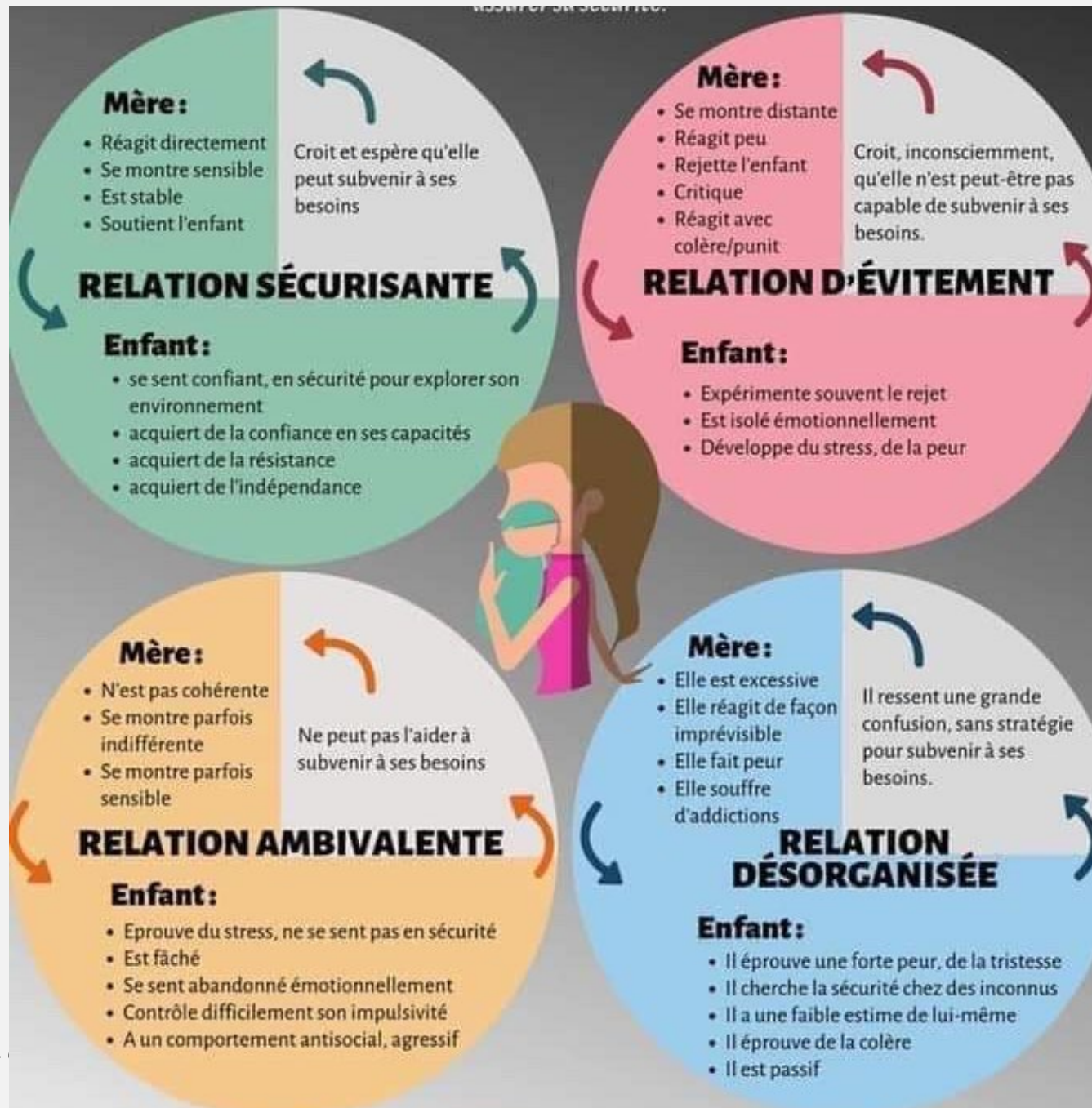


Figure 2.
The Interactive Process of Matching, Mismatching, and Reparation of Meanings and Intentions

Am Psychol. 2011 ; 66(2): 107–119. d



NI TROP PRÈS NI TROP LOIN, TOUJOURS PRÉSENT!

Le nourrisson est aux prises avec deux besoins en apparence contradictoires :

un besoin essentiel de proximité associé très vite à

un besoin d'explorer l'environnement.

Un attachement sécure se met en place lorsque le nourrisson fait l'expérience qu'il peut compter sur son parent quand il a besoin d'être consolé ou réconforté.

Un attachement insécure (angoissé ou ambivalent) voire désorganisé se met en place lorsque le parent témoigne d'une certaine attention mais manque de disponibilité, varie dans ses réponses sans justification compréhensible pour l'enfant, présente des attitudes imprévisibles.

ATTACHEMENT D

- **L'attachement « désorganisé, désorienté »** se retrouve principalement parmi les enfants maltraités et/ou ayant été exposés à des violences, notamment conjugales.
- Les émotions d'angoisse et de détresse semblent dominantes.
- Des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément (s'approcher avec la tête détournée par exemple), les mouvements semblent incomplets, les affects mal dirigés.
- Peu en population générale (10%)

LE DEVENIR



DEVENIR DES ENFANTS

Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes

Elena Netsi, DPhil; Rebecca M. Pearson, PhD; Lynne Murray, PhD; Peter Cooper, DPhil; Michelle G. Craske, PhD; Alan Stein, FRCPsych

Table 3. Logistic and Ordinal Logistic Regressions Investigating the Association Between Postnatal Depression and Adverse Child Outcomes, Controlling for Maternal Education

Level of PND Severity	Behavioral Problems at 3.5 y (n = 7917) ^a		Low GCSE Mathematics Grades at 16 y (n = 4941)		Offspring Depression at 18 y (n = 3486)	
	OR (95% CI)	P Value	OR (95% CI)	P Value	OR (95% CI)	P Value
Below threshold ^b	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA	1 [Reference]	NA
Moderate but not persistent ^c	2.22 (1.74-2.83)	<.001	1.14 (0.77-1.68)	.51	1.11 (0.51-2.44)	.79
Marked but not persistent ^d	1.91 (1.36-2.68)	<.001	1.53 (0.89-2.63)	.13	2.34 (1.03-5.29)	.04
Severe but not persistent ^e	2.39 (1.78-3.22)	<.001	1.40 (0.89-2.22)	.15	1.72 (0.77-3.82)	.18
Moderate persistent ^f	3.04 (2.10-4.38)	<.001	1.65 (0.89-3.05)	.11	1.05 (0.32-3.42)	.94
Marked persistent ^g	2.84 (1.71-4.71)	<.001	1.32 (0.60-2.90)	.46	2.30 (0.67-7.90)	.19
Severe persistent ^h	4.84 (2.94-7.98)	<.001	2.65 (1.26-5.57)	.01	7.44 (2.89-19.11)	<.001

Abbreviations: EPDS, Edinburgh Postnatal Depression Scale; GCSE, General Certificate of Secondary Education; NA, not applicable; OR, odds ratio; PND, postnatal depression.

^a Using the Rutter revised total problems scale.

^b EPDS score of less than 13 points in the postnatal year.

^c EPDS score of 13 to 14 points at 2 months and less than 13 points at 8 months.

^d EPDS score of 15 to 16 points at 2 months and less than 15 points at 8 months.

^e EPDS score of 17 or more points at 2 months and less than 17 points at 8 months.

^f EPDS score of 13 to 14 points at 2 months and 13 or more points at 8 months.

^g EPDS score of 15 to 16 points at 2 months and 15 or more points at 8 months.

^h EPDS score of 17 or more points at 2 and 8 months.

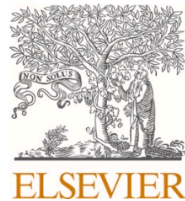
TRAUMAS, STRESS ET GROSSESSE

- Prévalence : ? Estimée entre 3 et 10% ; sur-représentation F>65%
- Fertilité /fécondité identique pop générale : grossesses inopinées> pop générale
- Grossesses ados+++ , atcd IVG +++
- Risques >> ctrl pour:
 - Pré-eclampsie, Diabète gestationnel
 - **Abus de substances**
 - **Prématurité**
 - **RCIU/hypotrophie**

Pare-Miron et al 2016, Blankley et al , 2015

DES CONSÉQUENCES DURABLES

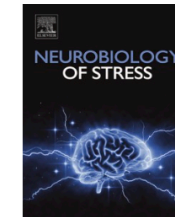
Neurobiology of Stress 27 (2023) 100576



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Neurobiology of Stress

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ynstr



Greater maltreatment severity is associated with smaller brain volume with implication for intellectual ability in young children[☆]

Judith Joseph^a, Claudia Buss^{a,b}, Andrea Knop^a, Karin de Punder^c, Sibylle M. Winter^d, Birgit Spors^e, Elisabeth Binder^f, John-Dylan Haynes^{g,h,i}, Christine Heim^{a,j}

[Aller à la page 1](#)

^a Charité Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Institute of Medical Psychology, Berlin, Germany

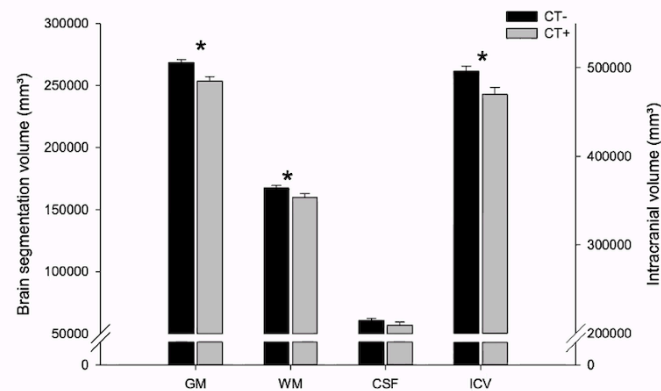
^b Development, Health, and Disease Research Program, Department of Pediatrics, University of California, Irvine, Orange, CA, USA

^c Department of Clinical Psychology, University of Innsbruck, Austria

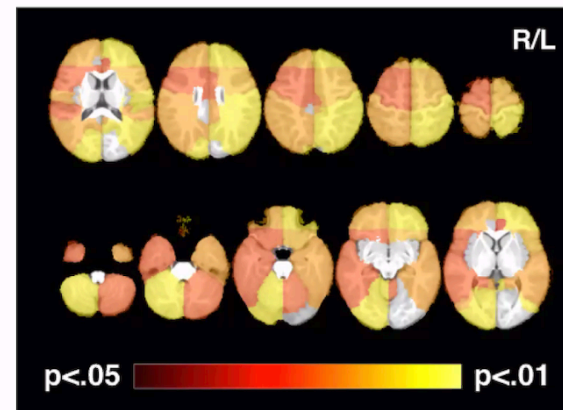
^d Charité Universitätsmedizin Berlin, Corporate Member of Freie Universität Berlin and Humboldt-Universität zu Berlin, Department of Child and Adolescent Psychiatry,

DES CONSÉQUENCES TRANSGENERATIONNELLES DEVENIR DES ENFANTS

Maternal Childhood Trauma and Newborn Brain Anatomy



GMV: $F_{1,72} = 9.32, p = .003^*$
 WMV: $F_{1,72} = 4.23, p = .043$
 CSF: $F_{1,72} = 1.27, p = .264$
 ICV: $F_{1,72} = 7.05, p = .010^*$
 *Bonferroni corrected $\alpha=0.0125$



→ Global, not regionally specific, effects of maternal childhood trauma.

Moog, ..., Buss 2017, Biol. Psychiatry

DES CONSÉQUENCES TRANSGÉNÉRATIONNELLES DE LA NÉGLIGENCE

Research on Child and Adolescent Psychopathology
<https://doi.org/10.1007/s10802-023-01041-4>



Maternal Childhood Abuse Versus Neglect Associated with Differential Patterns of Infant Brain Development

Karlen Lyons-Ruth¹  · Frances Haofei Li¹ · Jennifer E. Khoury^{1,2} · Banu Ahtam³ · Michaela Sisitsky³ · Yangming Ou³ · Michelle Bosquet Enlow⁴ · Ellen Grant³

Accepted: 9 February 2023
© The Author(s) 2023

L'ENVIRONNEMENT PLUS FORT QUE LES GÈNES... CHEZ LES RONGEURS!

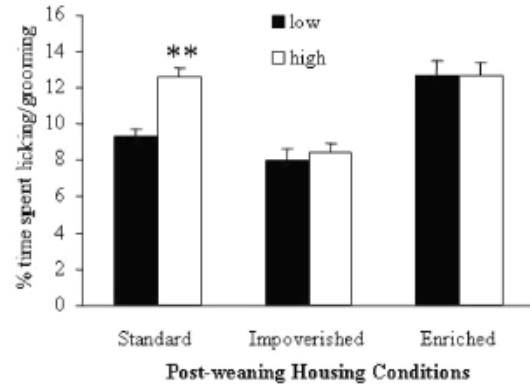
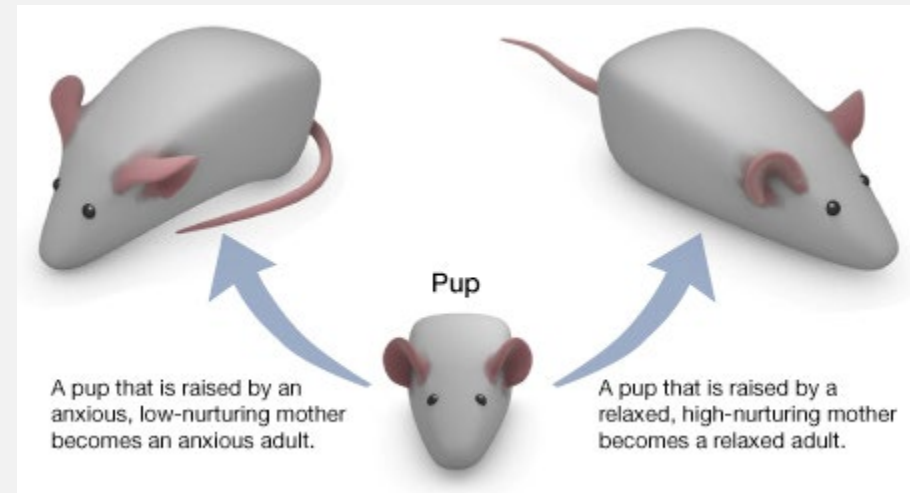
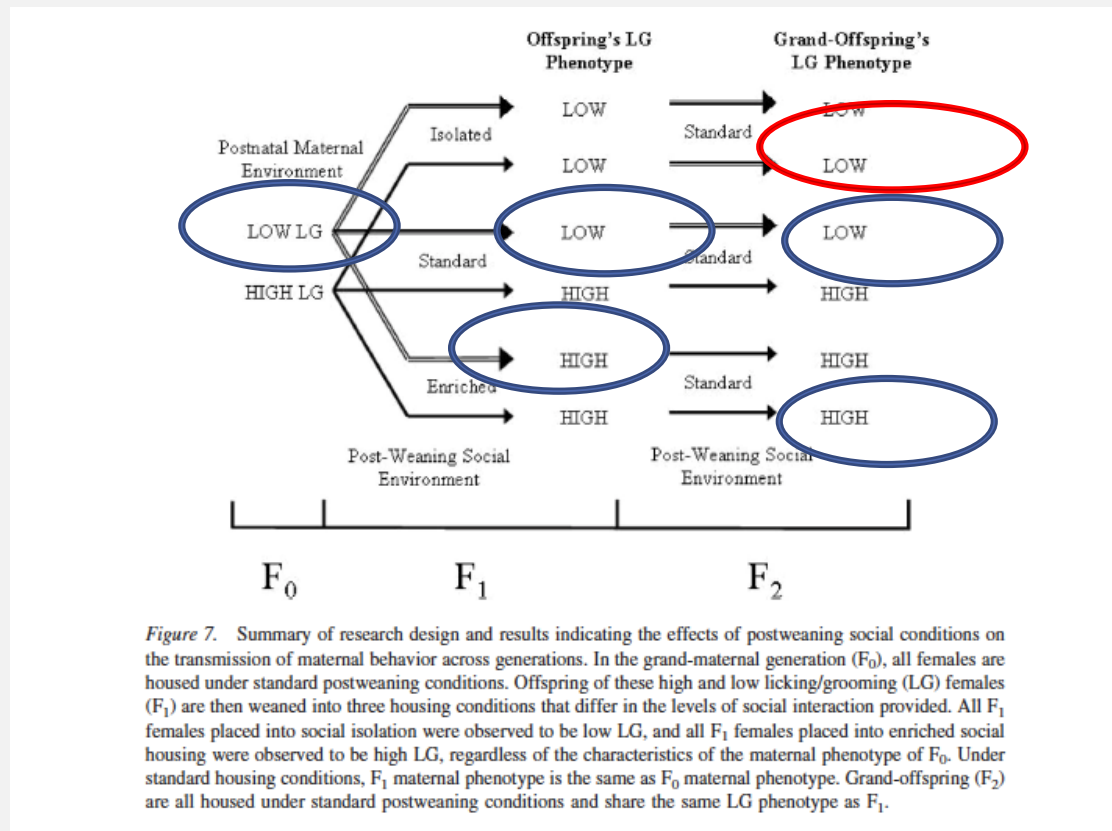


Figure 6. Mean percentage of time spent licking/grooming (LG) pups by the adult female offspring of standard, impoverished, or enriched housed females (who were themselves the offspring of high and low LG dams). Female offspring of high LG/standard housed females were higher in LG than offspring of low LG/standard housed females ($p < .01$). Offspring of high LG/impoverished females exhibited significantly lower levels of LG compared to offspring of high LG/standard housed females ($p < .001$). Offspring of low LG/enriched females exhibited higher levels of LG than low LG/standard housed females ($p < .01$). Error bars represent standard error of the mean. ** $p < .01$.



Champagne & Meaney, 2007,
Behav Neurosc

TRANSMISSION DES CONDITIONS SOCIALES?



INTERACTIONS ET ATTACHEMENT

- L'attachement est caractérisé dès la fin de la première année de la vie.
- Les types d'attachement des parents sont fortement corrélés à ceux de l'enfant.
- Les relations d'attachement sont évaluables et visibles, organisées en des patterns émotionnels et comportementaux.
- Les émotions sont à la fois auto-et interactivement régulées.

ATTACHEMENT ET APRÈS!

- Les études relient :
 - L'Attachement Désorganisé dans la petite enfance avec un diagnostic de Troubles Mentaux dans l'enfance et l'adolescence
 - L'Attachement désorganisé à la maltraitance
 - Traumas et maltraitements des parents avec Attachement Désorganisé de l'enfant

UN PROBLÈME MÉDICAL ET SOCIÉTAL

Child Maltreatment 2



Recognising and responding to child maltreatment

Ruth Gilbert, Alison Kemp, June Thoburn, Peter Sidebotham, Lorraine Radford, Danya Glaser, Harriet L MacMillan

Professionals in child health, primary care, mental health, schools, social services, and law-enforcement services all contribute to the recognition of and response to child maltreatment. In all sectors, children suspected of being maltreated are under-reported to child-protection agencies. Lack of awareness of the signs of child maltreatment and processes for reporting to child-protection agencies, and a perception that reporting might do more harm than good, are among the reasons for not reporting. Strategies to improve recognition, mainly used in paediatric practice, include training, use of questionnaires for asking children and parents about maltreatment, and evidence-based guidelines for who should be assessed by child-protection specialists. Internationally, studies suggest that policies emphasising substantiation of maltreatment without concomitant attention to welfare needs lead to less service provision for maltreated children than do those in systems for which child maltreatment is part of a broad child and family welfare response.

Lancet 2009; 373: 167-80

Published Online

December 3, 2008

DOI:10.1016/S0140-

6736(08)61707-9

See [Comment](#) page 101

This is the second in a [Series](#) of four papers about child maltreatment

Centre for Evidence-based Child Health and MRC Centre of

UN PROBLÈME MÉDICAL ET SOCIÉTAL

Neglect

Despite minor variations between international and state definitions of neglect,³⁹ there is agreement that neglect is a state of omission where, regardless of intention, carers fail to provide health, education, emotional development, nutrition, shelter, or safety for their child.^{1,83,91} Signs include scarce parental support or engagement with the child, lack of supervision, frequent absence from school, a child's begging or stealing, insufficient clothing, or nobody at home to provide care. In the UK, the definition needs a persistent state of omission.³⁷

Although omissions of care or lack of supervision are obvious, the decision about whether these constitute neglect and justify referral of a child to child-protection agencies requires difficult judgments about what is

Maltreatment of children with mental-health problems

Various mental-health problems in children are associated with child maltreatment,¹ including anxiety, depression, post-traumatic stress, dissociation, oppositional behaviour, suicidal and self-injurious behaviour, substance misuse, anger and aggression, and sexual symptoms and age-inappropriate sexual behaviour.⁹⁷ The extent to which child maltreatment is recognised and addressed by clinicians seeing children for mental-health or behavioural problems is not well understood. Clinical studies that add direct inquiry with questionnaires to the clinical assessment have shown a pronounced increase in recording of maltreatment.^{97,98} This suggests that maltreatment is under-recognised in children with mental-health problems.

Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies

[Lisa Jones, BSc](#) • [Prof Mark A Bellis, DSc](#)   • [Sara Wood, MSc](#) • [Karen Hughes, PhD](#) • [Ellie McCoy, MSc](#) • [Lindsay Eckley, PhD](#) • et al. [Show all authors](#)

Published: July 12, 2012 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)

- Problématique en amont: le paradoxe de la vulnérabilité de l'enfant
- Tout enfant est vulnérable **et** résilient
- Tout enfant est une ressource (potentielle)
- S'occuper d'un enfant est facteur de stress
- Un enfant plus vulnérable est plus stressant
- Tout manquement renvoie à la faillibilité des individus et /ou de la société



QUE POUVONS-NOUS FAIRE?

ENACTION: Être « avec » sans être « comme »

EN PRATIQUE COURANTE QUAND L'INTERACTION VA MAL

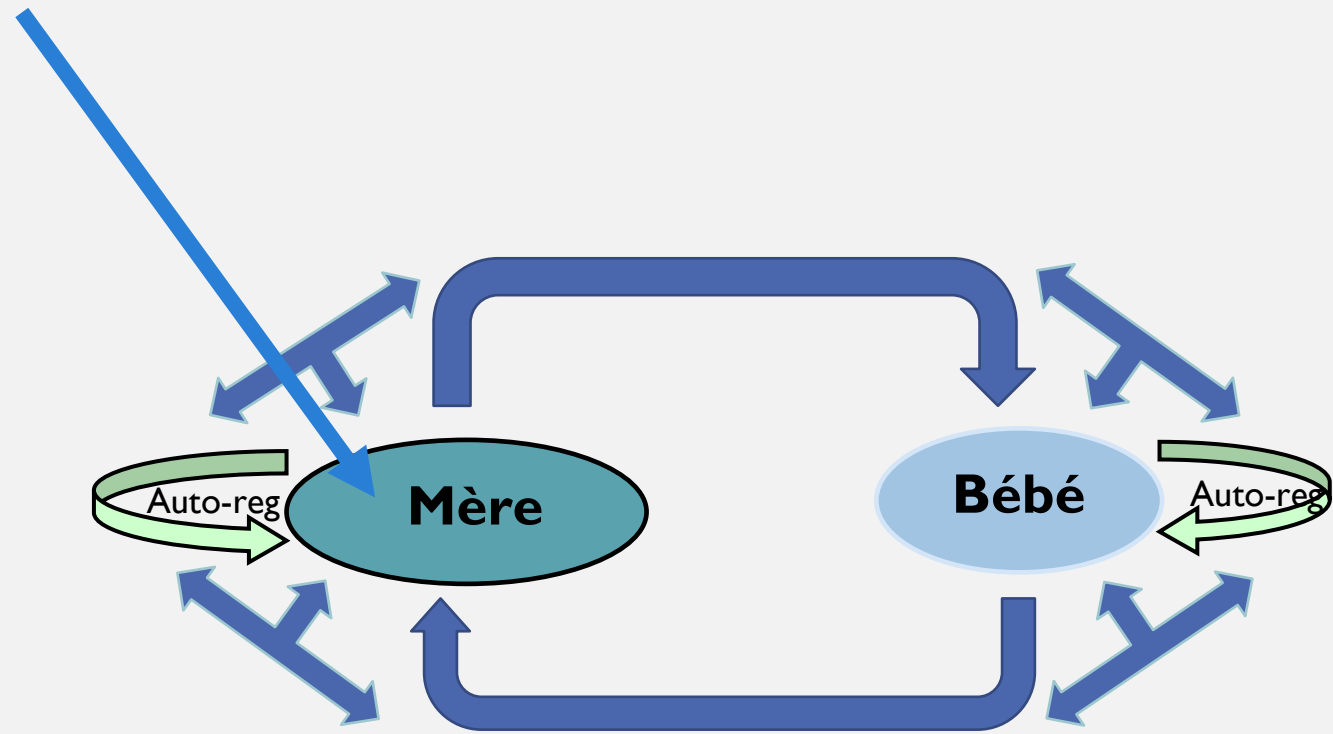
- Intersubjectivité mise à mal... et observation par professionnels/tiers
- Évaluation, analyse et soins préventifs et curatifs
 - Evaluation du bébé, de ses partenaires, du système
 - Analyse du possible dans la temporalité du bébé
 - Soins intégrant les données de l'analyse

LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

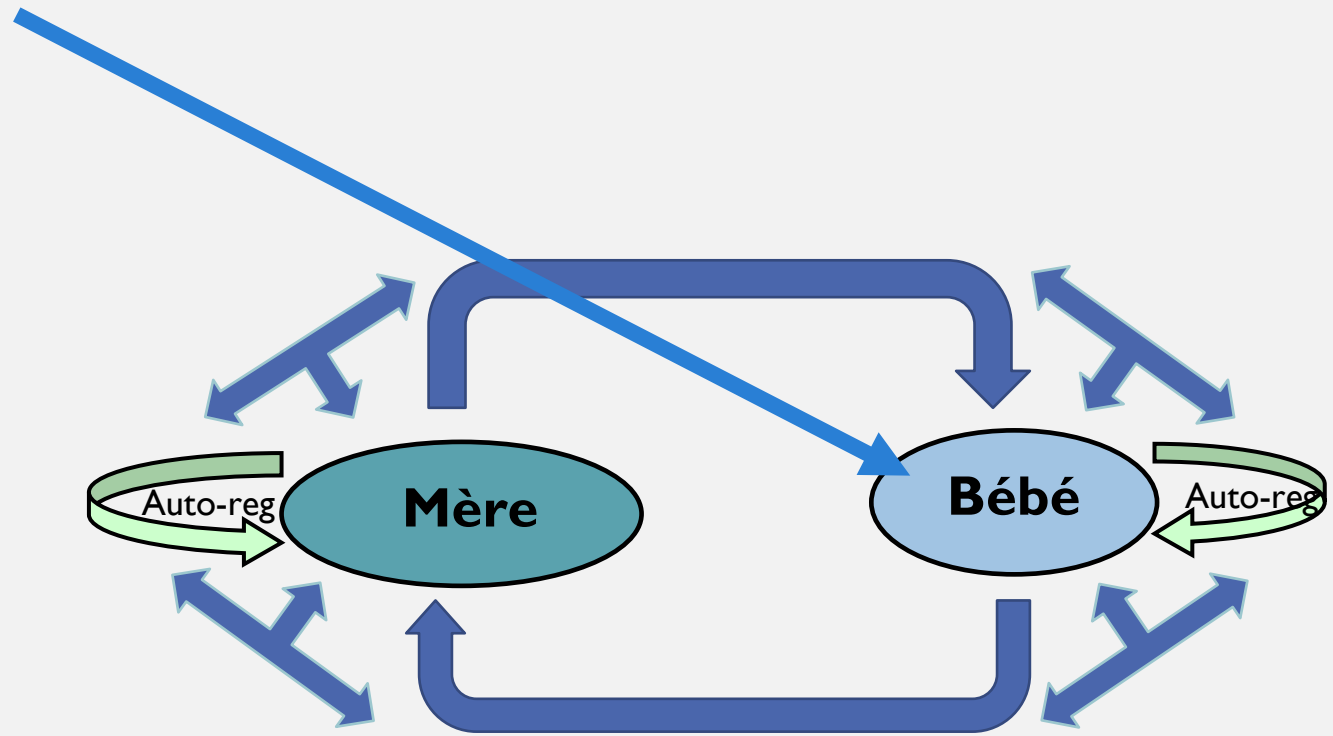
- Elle est le symptôme le plus précoce
 - très souvent mal repéré et non reconnu par les professionnels de proximité,
 - ce qui retarde la mise en place
 - de moyens thérapeutiques
 - de mesures de soin et de protection pour le bébé et sa famille.
- Il apparaît plus encore souhaitable de prévenir ses effets.
 - **La prévention passe par le dépistage des situations à risque de négligence, dont la réalisation inclut le repérage de la souffrance psychique de l'enfant.**

COMMENT INTERVENIR POUR LIMITER L'ATTACHEMENT DÉSORGANISÉ?

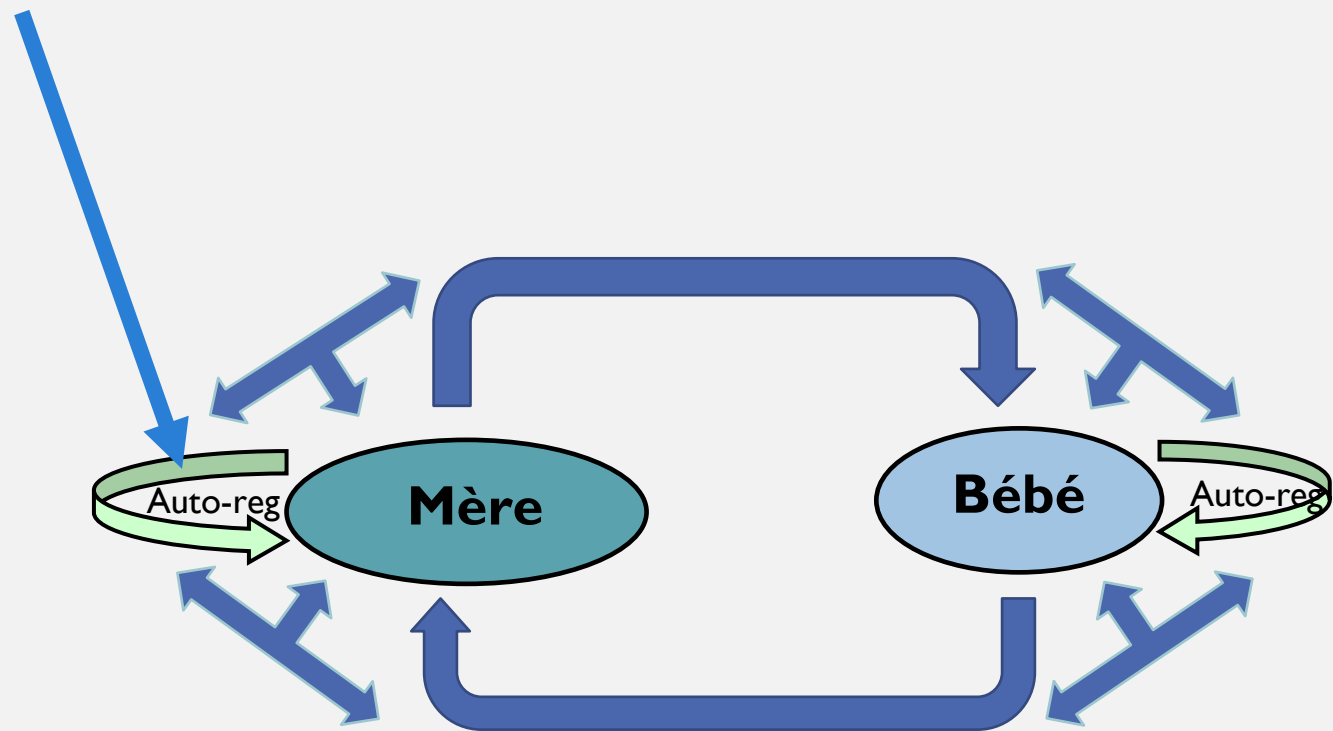
- Nécessité d'aides différentes pluridisciplinaires (psychiatriques, social, éducatif, associatif)
- Ne pas attendre, évaluer, suivre et si besoin hospitaliser
- Unités mobiles
- Prise en charge longues : l'enfant se développe infiniment plus rapidement que ne s'effectuent les changements dans le fonctionnement psychique et les comportements parentaux
- « Repenser les politiques de santé publique : priorités ciblées!!! »



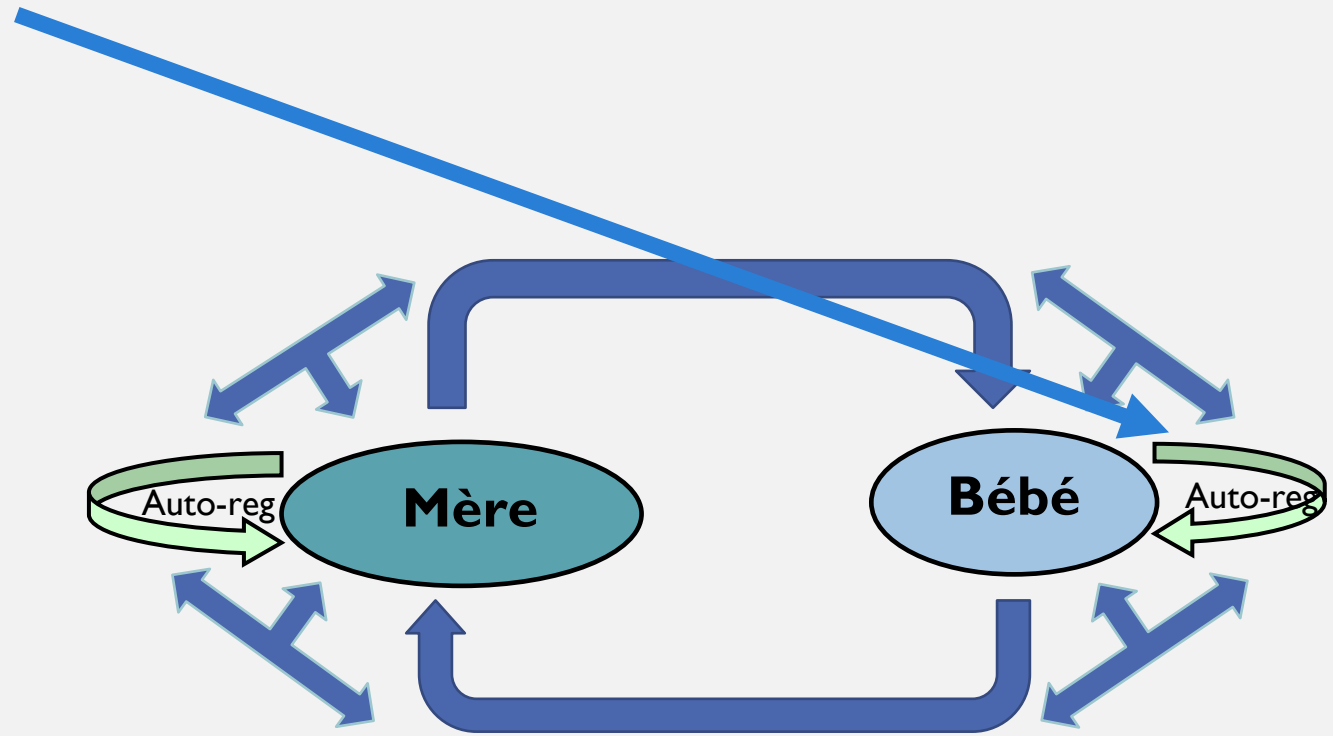
Beebe & Jaffe



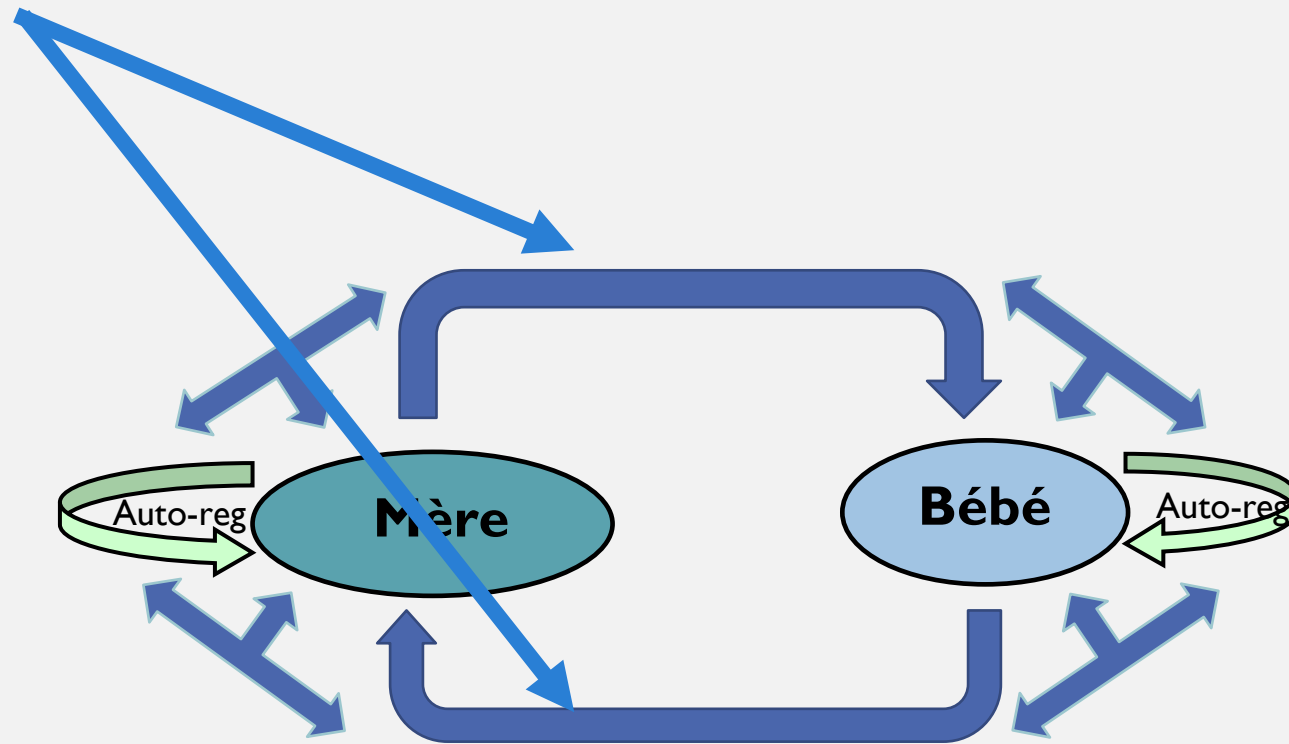
Beebe & Jaffe



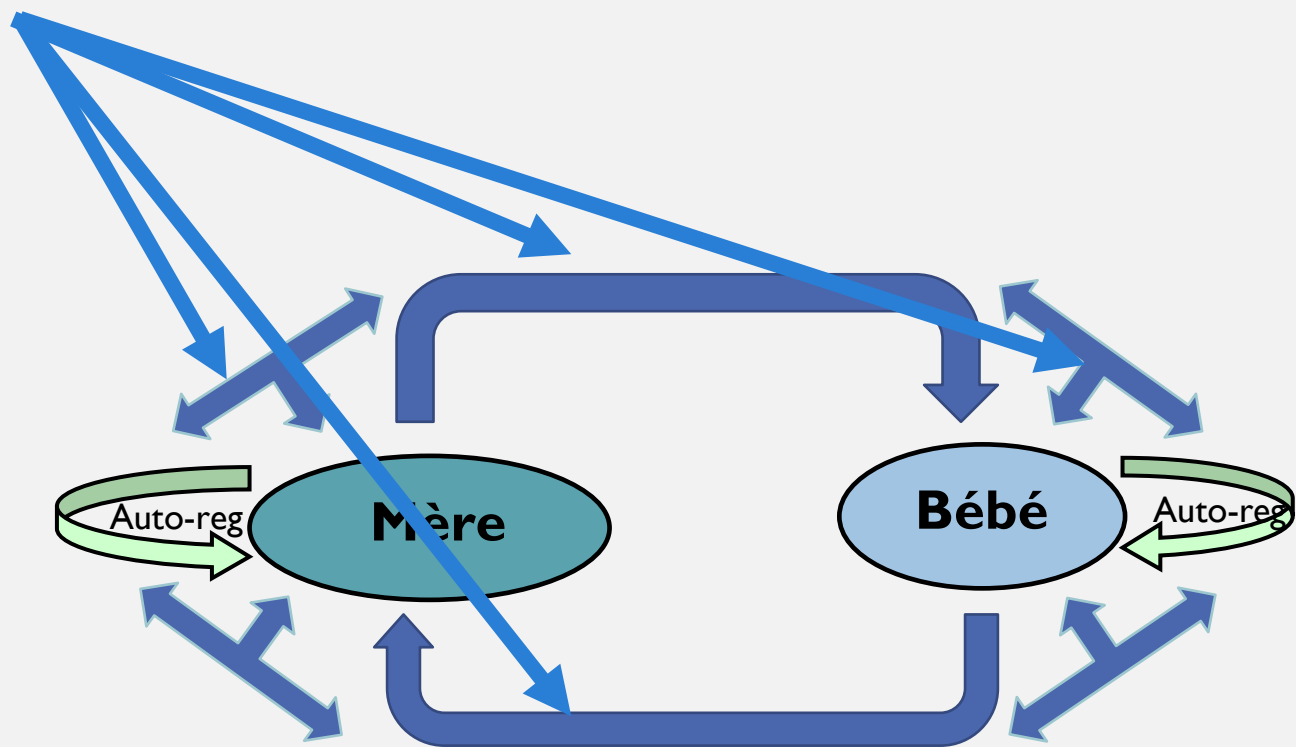
Beebe & Jaffe



Beebe & Jaffe



Beebe & Jaffe



Beebe & Jaffe

LE CONCEPT DE RÉPARATION

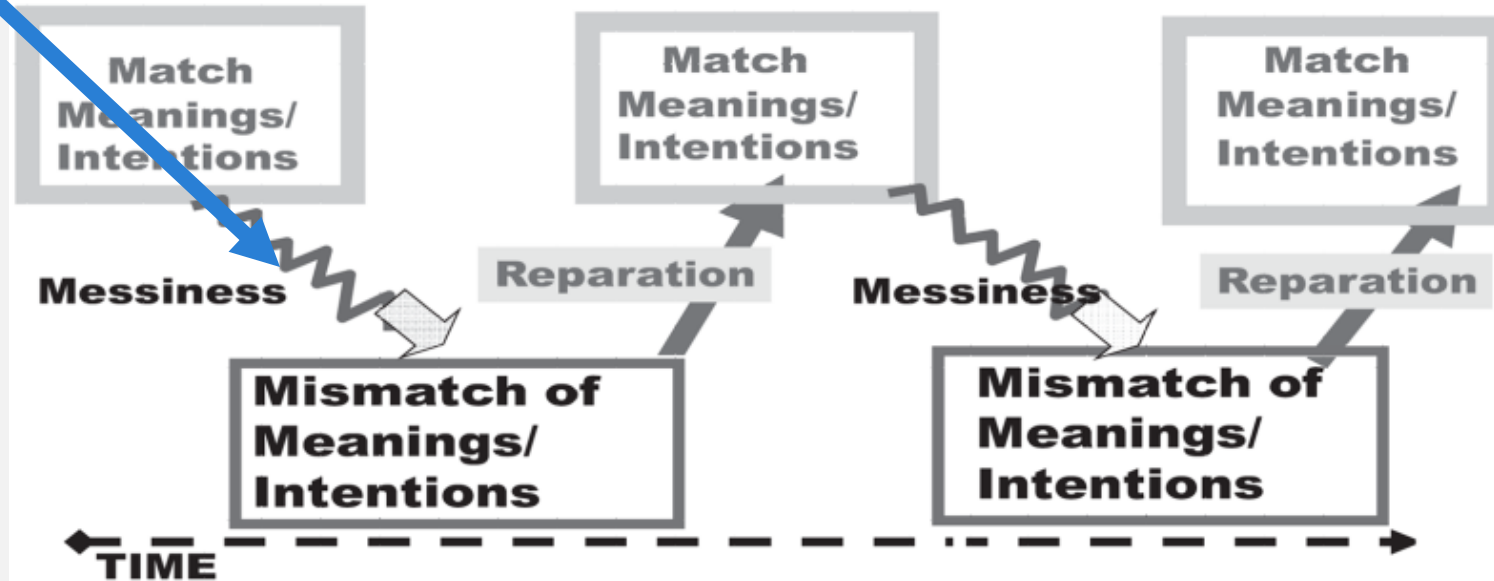


Figure 2.
The Interactive Process of Matching, Mismatching, and Reparation of Meanings and Intentions

LE CONCEPT DE RÉPARATION

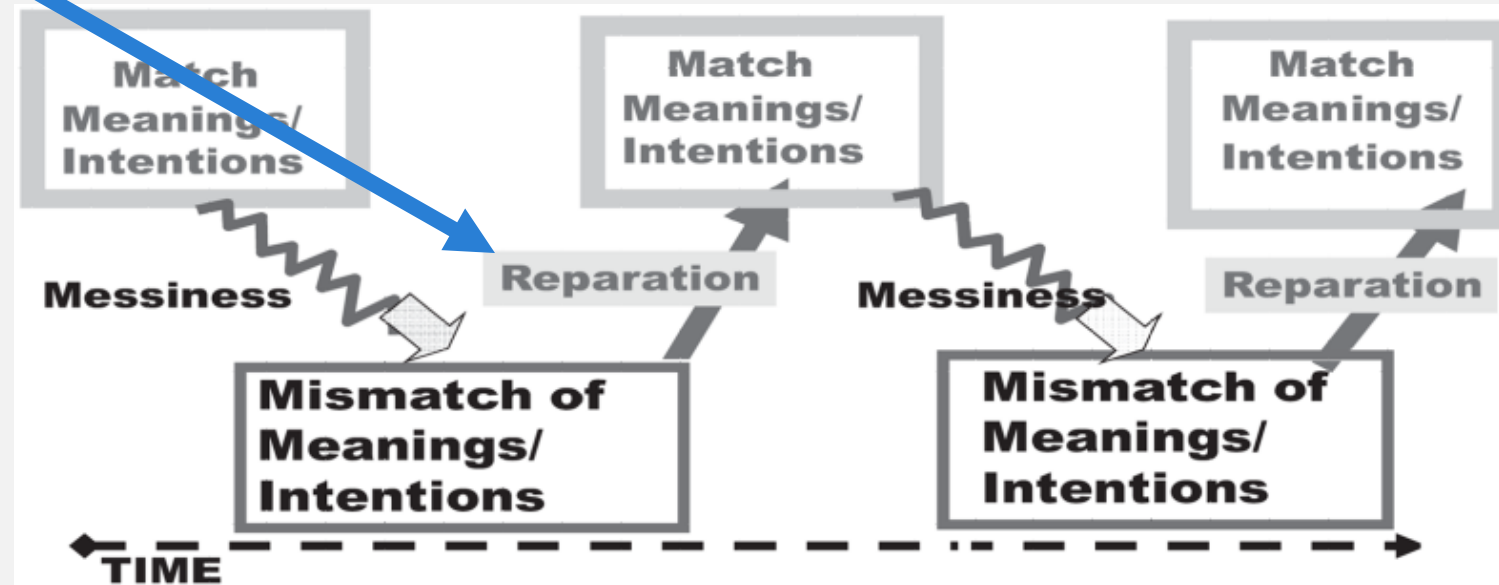


Figure 2.
The Interactive Process of Matching, Mismatching, and Reparation of Meanings and Intentions

LE CONCEPT DE RÉPARATION

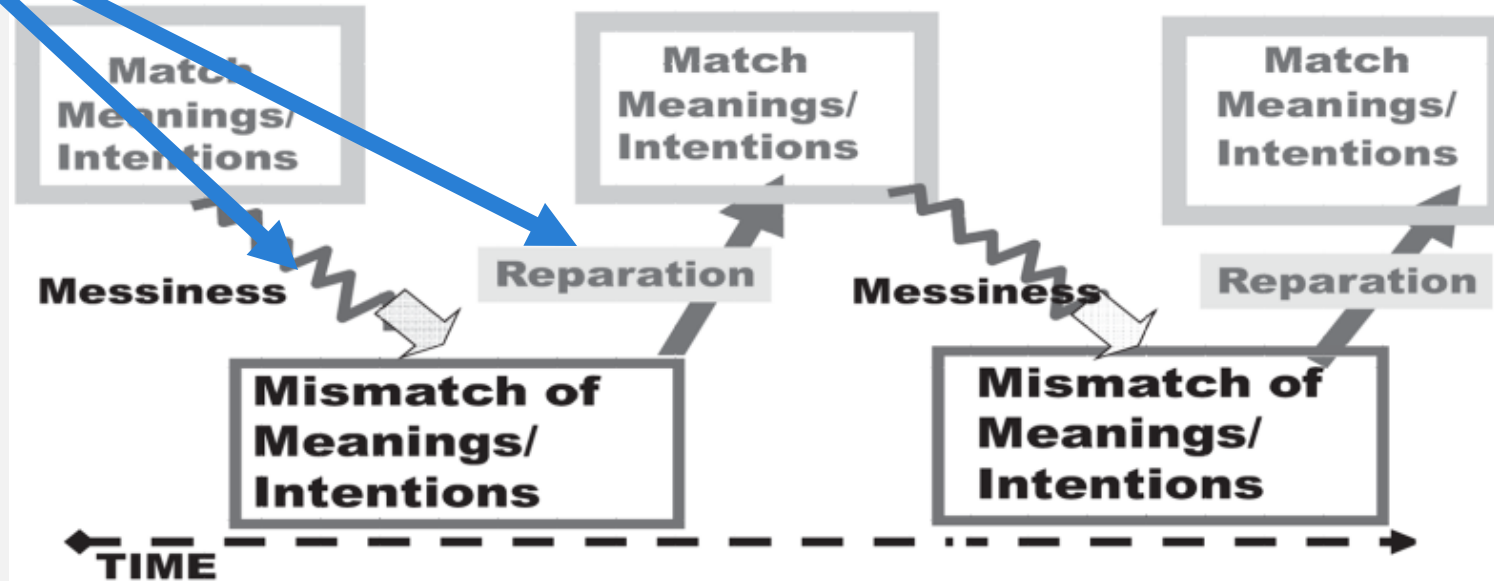


Figure 2.
The Interactive Process of Matching, Mismatching, and Reparation of Meanings and Intentions

LE CONCEPT DE RÉPARATION

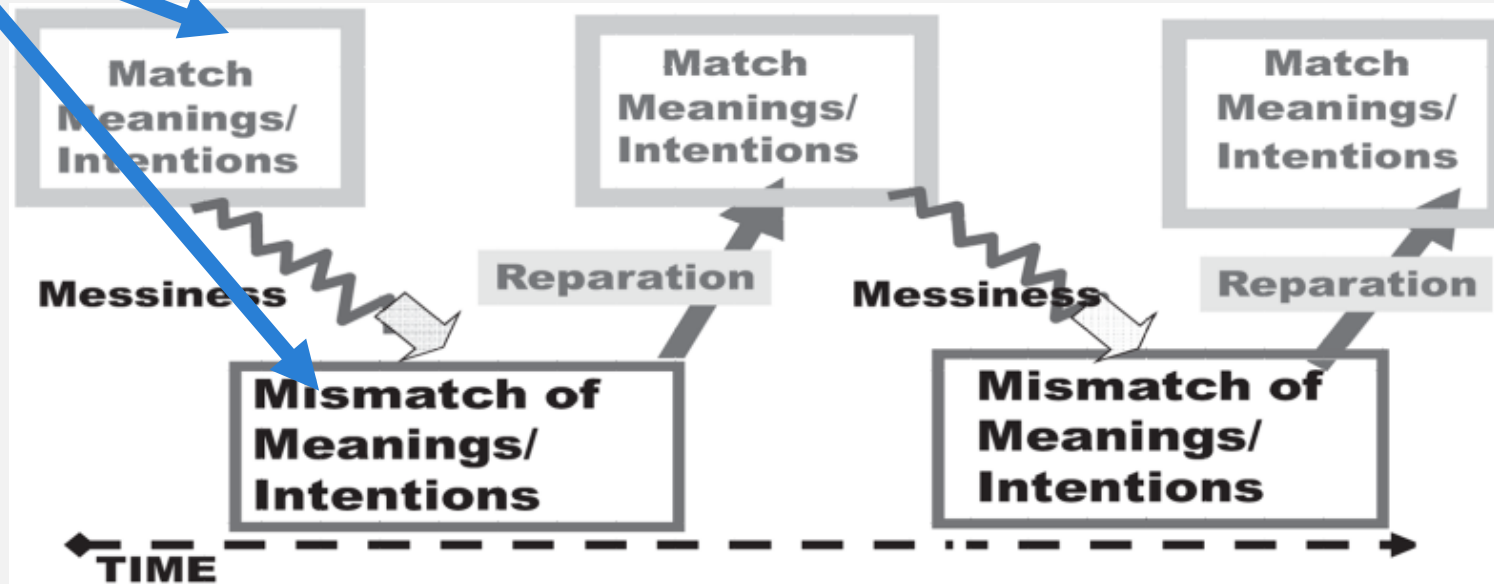


Figure 2.
The Interactive Process of Matching, Mismatching, and Reparation of Meanings and Intentions

LE CONCEPT DE RÉPARATION

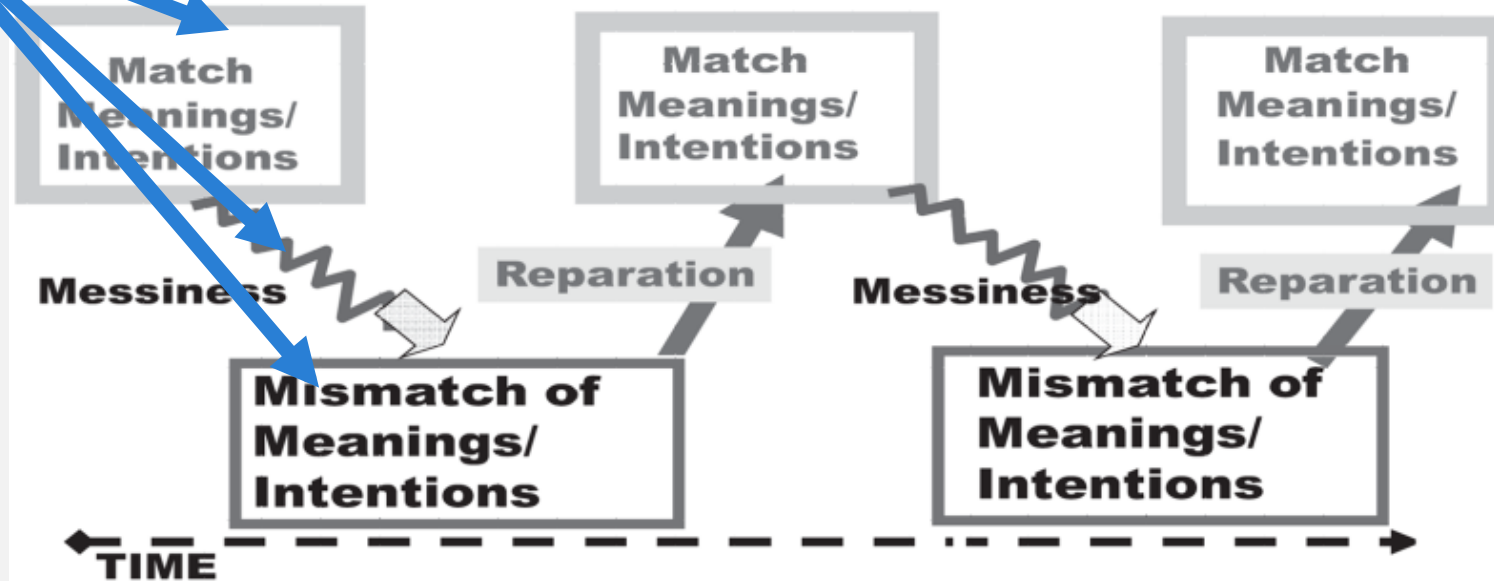


Figure 2.
The Interactive Process of Matching, Mismatching, and Reparation of Meanings and Intentions

LE CONCEPT DE RÉPARATION

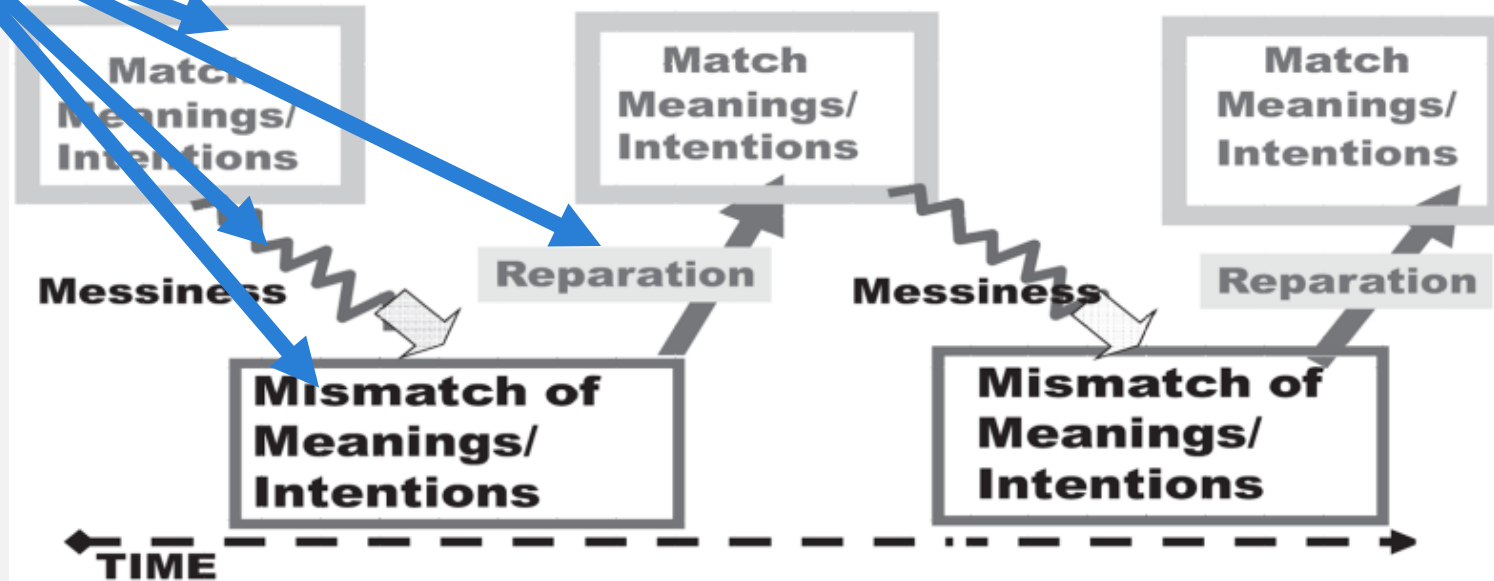


Figure 2.
The Interactive Process of Matching, Mismatching, and Reparation of Meanings and Intentions

LES OBSTACLES

- L'enfant en développement
- Le développement n'est pas linéaire et peu connu
- Le vitesse de développement varie avec l'âge
- La part du hasard et de la nécessité

ET NE PAS ÉVALUER?

- Déni
- Crainte du jugement
- Difficulté des situations
- Nécessité de tolérer les actions antérieures
- Situations d'impuissances



LE DÉNI

- C'est quoi?
- Comment l'expliquer?
- Comment le combattre?
- Comment l'intégrer?

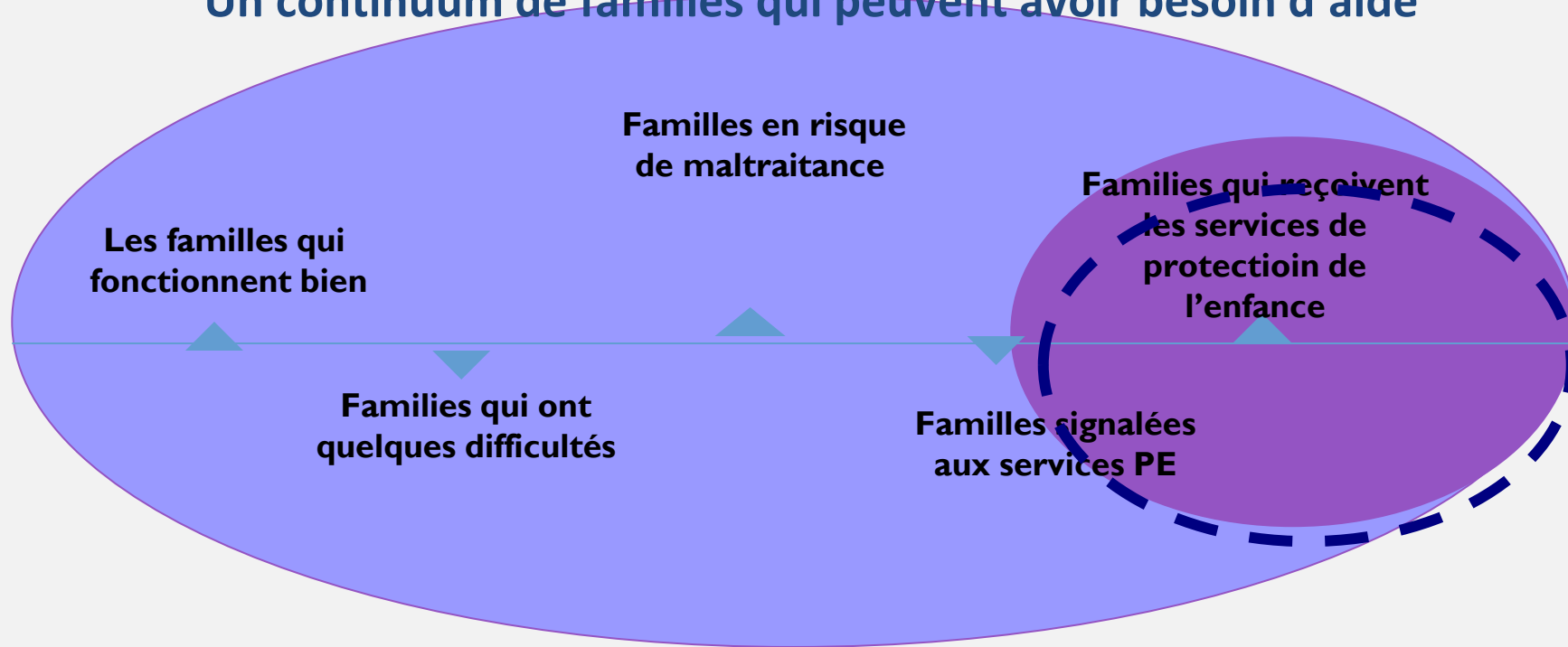
LA CRAINTE DU JUGEMENT

- La crainte de juger
- La crainte d'être jugé



LA DIFFICULTÉ DES SITUATIONS: LE RELATIVISME

Un continuum de familles qui peuvent avoir besoin d'aide



Chamberland, Poirier, Bastien, Montréal- 16 juin 2003

LA NÉCESSITÉ DE TOLÉRER L'ACTION PASSÉE

- Les « erreurs du passé »
- La considération des pairs
- La considération de la hiérarchie
- Les identifications massives
- L'analyse des attitudes et des contre-attitudes

LES SITUATIONS D'IMPUISSANCE

- L'impuissance
- Le manque de formation
- La solitude



ET L'ABSENCE DE RÉPONSES ADAPTÉES

- Décisions opaques
- Exécutions retardées
- Lieux de vie et parcours inadaptés
- Temporalité des institutions



RECHERCHE ET STRATÉGIES DE PRÉVENTION PRIORITAIRES

RECHERCHE

- De bonnes données
- **Une équipe de recherche dédiée**, reliée à l'observatoire et à SPF ou au CES mais **INDEPENDANTE** et **FINANCEE**
- Réseau et coordination si il y a des équipes à coordonner
- **Négligences ++++ et besoins fondamentaux sont les axes prioritaires**
- Données depuis l'épigénétique jusqu' au social populationnel/démographique
- Longitudinales et cohortes donc longues et pérennes

PREVENTION

- Doit s'appuyer sur la recherche
- Pas de pilotage sans données et marqueurs
- Limite les effets de l'idéologie
- Équipe juridique pour confronter code des familles et code civil à convention des droits de l'enfant
- Ne pas se contenter de mesures générales : populations cibles

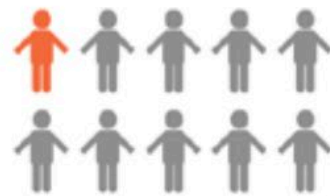
EXEMPLE : LES PARENTS JEUNES

Adverse Childhood Experiences



7 in 10

Approximately 7 in 10 children (65%) reported **one or more** adverse childhood experience by the age of 8 years



1 in 10

Approximately 1 in 10 children (11%) reported **three or more** adverse childhood experience by the age of 8 years

Mothers age



Under 20



25 & over

Household income lowest 20% when child aged 10 months

72%

12%

Mothers with a Higher Grade qualification when child aged 10 months

17%

80%

High conflict relationship with partner

55%

36%

EXEMPLE : LES PARENTS JEUNES

	PANDA's Unit N=79 n(%)	2021 French National survey N=12723 %	OR	95%CI	p-value
Mother's characteristics					
15–19 years	19 (24.1%)	1.3%	18.5	11.0–31.3	<.0001
Single	11 (13.9%)	5.1%	2.73	1.45–5.15	.004
No educational degree	34 (43%)	7.0%	6.15	4.09–9.24	<.0001
History of child protective services	28 (35.4%)	no data	na	na	na
Threat of premature delivery with hospitalization	7 (8.9%)	4.8%	1.85	0.85–4.01	.12
Birth outcomes (N=75)					
Male	43 (57.3%)	51.9%	1.11	0.76–1.61	.60
<37 weeks	7 (9.3%)	7.0%	1.33	0.61–2.90	.50
Low birth weight (LBW) <2500 g	11 (14.7%)	5.3%	2.77	1.46–5.24	.004
Small for gestational age (SGA)	17 (22.7%)	10.1%	2.24	1.32–3.81	.002
Child protection measure ^a	28 (37.3%)	no data	na	na	na
At the end of the PANDA stay					
Out-of-home placement	5 (6.7%)	0.2%	33.9	12.6–91.0	<.0001
Parental center ^b	12 (16%)	1.5%	10.7	5.7–19.9	<.0001

EXEMPLE : LES PARENTS JEUNES

	PANDA's Unit N=79 n(%)	2021 French National survey N=12723 %	OR	95%CI	p-value
Mother's characteristics					
15–19 years	19 (24.1%)	1.3%	18.5	11.0–31.3	<.0001
Single	11 (13.9%)	5.1%	2.73	1.45–5.15	.004
No educational degree	34 (43%)	7.0%	6.15	4.09–9.24	<.0001
History of child protective services	28 (35.4%)	no data	na	na	na
Threat of premature delivery with hospitalization	7 (8.9%)	4.8%	1.85	0.85–4.01	.12
Birth outcomes (N=75)					
Male	43 (57.3%)	51.9%	1.11	0.76–1.61	.60
<37 weeks	7 (9.3%)	7.0%	1.33	0.61–2.90	.50
Low birth weight (LBW) <2500 g	11 (14.7%)	5.3%	2.77	1.46–5.24	.004
Small for gestational age (SGA)	17 (22.7%)	10.1%	2.24	1.32–3.81	.002
Child protection measure ^a	28 (37.3%)	no data	na	na	na
At the end of the PANDA stay					
Out-of-home placement	5 (6.7%)	0.2%	33.9	12.6–91.0	<.0001
Parental center ^b	12 (16%)	1.5%	10.7	5.7–19.9	<.0001

Lille 30 05 24 GA

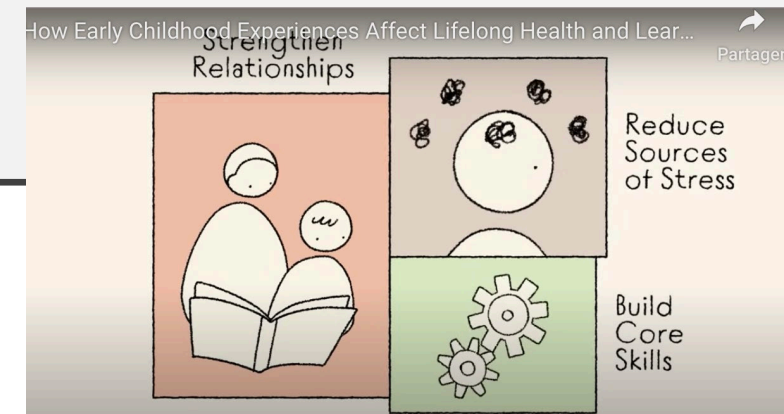
EXEMPLE : LES PARENTS JEUNES

	PANDA's Unit N=79 n(%)	2021 French National survey N=12723 %	OR	95%CI	p-value
Mother's characteristics					
15–19 years	19 (24.1%)	1.3%	18.5	11.0–31.3	<.0001
Single	11 (13.9%)	5.1%	2.73	1.45–5.15	.004
No educational degree	34 (43%)	7.0%	6.15	4.09–9.24	<.0001
History of child protective services	28 (35.4%)	no data	na	na	na
Threat of premature delivery with hospitalization	7 (8.9%)	4.8%	1.85	0.85–4.01	.12
Birth outcomes (N=75)					
Male	43 (57.3%)	51.9%	1.11	0.76–1.61	.60
<37 weeks	7 (9.3%)	7.0%	1.33	0.61–2.90	.50
Low birth weight (LBW) <2500 g	11 (14.7%)	5.3%	2.77	1.46–5.24	.004
Small for gestational age (SGA)	17 (22.7%)	10.1%	2.24	1.32–3.81	.002
Child protection measure ^a	28 (37.3%)	no data	na	na	na
At the end of the PANDA stay					
Out-of-home placement	5 (6.7%)	0.2%	33.9	12.6–91.0	<.0001
Parental center ^b	12 (16%)	1.5%	10.7	5.7–19.9	<.0001

ECART NATIONAL/INTERNATIONAL

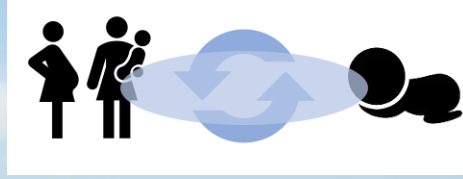
- Données
- Système difficiles à comparer
- Besoins de recherche internationales sur état de santé des enfants et pas seulement sur système
- Recherche avec anciens « usagers »
- Analyse des facteurs culturels

POUR RÉSUMER



- C'est en changeant le regard que la société porte sur ces violences qu'elles reculeront :Il s'agit d'un déni collectif
- La famille est le premier lieu dans lequel s'exerce des violences, maltraitances, négligences: changement de paradigme
- Ce qui compte est de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant, ce qui devrait autoriser de se centrer sur l'ENFANT, tous les enfants ne naissent pas égaux.
- **Lutter contre/Prévenir les négligences, c'est agir pour trois générations!**

INTERACTIONS PRECOCES ET VULNERABILITE PARENTALE :



Les facteurs de vulnérabilité/résilience influençant les trajectoires développementales et les modalités adaptative d'enfants et d'adolescents confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

DIU

Maltraitance de l'enfant : du Diagnostic aux aspects médico-légaux

Objectifs

- Reconnaître précocement une situation de maltraitance envers un nourrisson, un enfant ou un adolescent.
- Partage des connaissances entre les milieux professionnels concernés en particulier médicaux et judiciaires.
- Amélioration du diagnostic et de la prévention de toutes les formes de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent.

Moyens pédagogiques

Les stagiaires ont accès à l'ensemble des équipements universitaires : laboratoires, installations techniques et sportives, bibliothèques avec ressources numériques et documentaires, espace numérique de travail et plateforme interactive. Les modalités d'enseignements sont adaptées aux objectifs du programme. Les formations sont dispensées par des enseignants chercheurs et des professionnels sous forme de cours magistraux, de travaux pratiques ou dirigés, de projets tuteurs et de mises en situation professionnelle.

Compétences visées

Acquisition de connaissances théoriques pour la prévention : du vieillissement et des pathologies en lien avec l'âge, de la dépendance fonctionnelle et de la perte d'autonomie

Responsable pédagogique

Pr Gisèle APTER
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Responsable du service universitaire havrais de psychiatrie périnatale et de l'enfant
Groupe Hospitalier du Havre
gisela.apter@chu-havre.fr

Programme

Centre de Ressources et d'Excellence Normand en Psychiatrie Périnatale et Infantile :

LA RECHERCHE

Thèmes périnataux

- Grossesse
- Accouchement
- Parentalité/pères
- Interactions précoces
- Développement émotionnel
- Troubles mentaux périnataux et ttt

Thèmes attachement trauma vulnérabilités environnementales

- FHU
- Exposomes
- Protection de l'enfance
- Pathologies borderline
- Santé publique en santé mentale infantile
- Urgences





LIVRET D'INFORMATION

LITS PANDA



Hôpital Jacques Monod
 Hall NORD
 2^{ème} étage du Pavillon
 Femme Mère Enfant
 29 avenue Pierre Mendès France
 76290 MONTIVILLIERS

Secrétariat
 02 32 73 44 30
 02 32 73 38 37



PRÉSENTATION DU SERVICE

Vous serez accueillie dans l'Unité Kangourou située au deuxième étage du Pavillon Femme Mère Enfant. Les soins de maternité seront associés aux soins de psychiatrie périnatale.

L'ensemble des soins permettra de vous aider, de vous accompagner et de vous soutenir afin de favoriser une relation harmonieuse avec votre bébé.



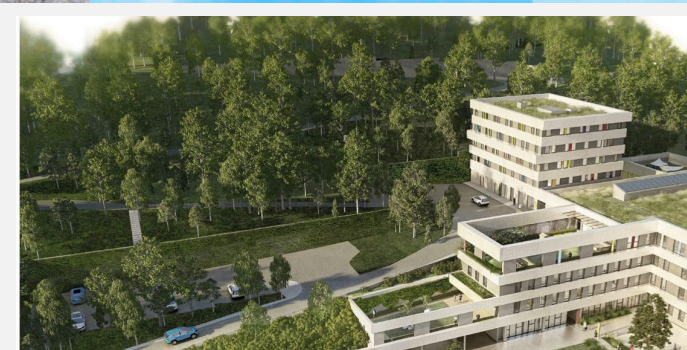
NOS PARTENAIRES

- Services hospitaliers
- PMI
- L'aide sociale à l'enfance
- Secteurs psychiatriques adultes
- Médecins, psychiatres et pédiatres libéraux
- Foyers d'hébergement
- Centres parentaux

Hôpital de Jour mère-bébé

Du lundi au vendredi de 9h00 à 16h30
 Hôpital Jacques Monod
 Pavillon Femme Mère Enfant 1er étage
 29 avenue Pierre Mendès France
 76290 MONTIVILLIERS
 Secrétariat : 02 32 73 44 30
sec.iliaison.pedopsychiatrie@ch-havre.fr

Hôpital de Jour mère-bébé
Soins périnataux



Centre de Ressources et d'Excellence Normand en Psychiatrie Périnatale et Infantile : LA CLINIQUE



MERCI!



« Le moi, devant autrui, est infiniment responsable » E Levinas



EDITION 2024

Congrès français de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

LE HAVRE - 13 et 14 juin 2024

Journée des jeunes professionnels - 12 juin 2024

Pour tous renseignements : info-congrespedopsy2024@ch-havre.fr

Trajectoires et vulnérabilités : du repérage aux soins

Le Havre les 13 et 14 Juin 2024

Pré-congrès le 12 Juin // en replay après l'évènement (E-congrès)

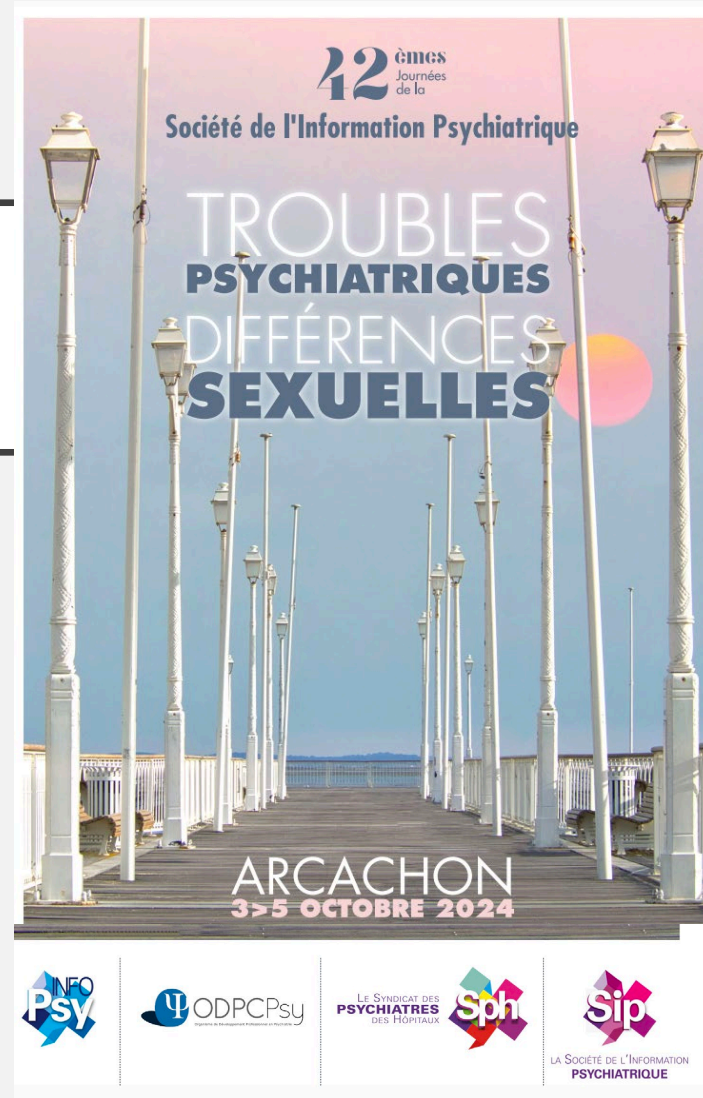


42^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique

TROUBLES PSYCHIATRIQUES DIFFÉRENCES SEXUELLES

ARCACHON 3>5 OCTOBRE 2024

« Le moi, devant autrui, est infiniment responsable” E Levinas



« Le moi, devant autrui, est infiniment responsable » E Levinas