PREMIERE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 3 – Maturation et vulnérabilité

Objectif 37 **– MALTRAITANCE ET ENFANT EN DANGER**

Rédaction : D. SIBERTIN-BLANC, C. VIDAILHET.

Relecture : L. MARTRILLE (Médecin légiste), J.P. VISIER, M. MAURY

Objectifs :
- Savoir définir les notions de maltraitance et d'enfance en danger.
- Connaître les signes faisant suspecter un risque ou une situation de maltraitance chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent.
- Savoir décrire la démarche médicale nécessaire à l'établissement du diagnostic
- Savoir décrire la démarche administrative et judiciaire destinée à la protection de l'enfant.
- Savoir rédiger un signalement.

1 Définition.

- La maltraitance à enfant regroupent 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 physiques
  - aux sévices par négligence ou carence de soins
  - aux sévices psychologiques
  - aux abus ou sévices sexuels
  - aux sévices par procuration ou "syndrome de Münchausen par procuration".

- Mais il n'existe aucun critère clinique ni aucune définition juridique de la maltraitance à enfant, comme il n'existe aucune corrélation entre la gravité des lésions et leurs conséquences psychologiques. En cas de sévices physiques par exemple, des lésions discrètes peuvent être associées à des sévices psychologiques majeurs ou à des négligences qui affecteront durablement la vie psychique de l'enfant ; tandis que des lésions graves peuvent être le résultat d'un acte impulsif et isolé, survenu lors d'une crise familiale, avec des risques minimes de récidive et quelques chances d'être voué à l'oubli.

- La notion « de mineurs en danger » est juridique, la compétence du juge des enfants est alors ouverte. L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), dans un but épidémiologique, considère que les « enfants en danger » regroupent les enfants maltraités et « les enfants à risque ». 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.

- **Imprécision des données 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 et 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 !**

Ils s'appuient sur des estimations, des projections et des extrapolations.

- 300 à 600 décès d'enfants seraient chaque année imputables à la maltraitance, parmi lesquels 10 % environ seraient des cas signalés.
- Sur 200 admissions en pédiatrie, un enfant est victime de sévices.
- 80 % des enfants hospitalisés pour mauvais traitements ont moins de 3 ans et 40 % moins de 1 an, ce qui montre que la maltraitance s'inscrit souvent dans un trouble profond et très précoce de la relation parent-enfant.

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

- 86 000 enfants signalés à l'Aide Sociale à l'Enfance, autrement dit « en danger » (contre 65 000 en 1995).
- Parmi eux, 49 000, soit 57 %, ont été 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 : 5 600 cas par sévices physiques (7 000 en 1998), 5 900 par abus sexuel (5 000 en 1998), 5 000 par négligences lourdes (5 300 en 1998), 2 000 par sévices psychologiques (1 700 en 1998).
- la proportion de familles monoparentales parmi les familles d'enfants en danger est trois fois plus importante que dans la population générale
- le nombre d'enfants placés est en nette régression : 235 000 en 1975, 135 000 actuellement

La Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance prévoit la formation d'un observatoire national de la maltraitance qui devrait permettre d'améliorer ces données.

3 – Le diagnostic de maltraitance physique

A – L'examen de l'enfant

1 – Circonstances de découverte.

- Le plus souvent, lors d'une hospitalisation en urgence d'un enfant, à la demande de ses parents ou d'un médecin, lequel suspecte fortement des sévices.
- Parfois, lors d'un examen clinique systématique pour une affection banale.

2 – Les signes d'alerte.

- **Les lésions cutanées.**

Elles sont les signes les plus évocateurs de mauvais traitements ; une fois identifiées après un examen complet des téguments, elles doivent être inscrites avec précision sur un schéma et photographiées éventuellement, en vue d'une éventuelle expertise médico-légale (les photos prises par un médecin hors du cadre judiciaire non pas de valeur juridique).

- Les ecchymoses et les hématomes

Leurs couleurs (du rouge sang au jaune-vert en passant par le bleu) témoignent de leur ancienneté. Elles disparaissent en 3 semaines environ.
Leur dissémination, en dehors des parties du corps exposées habituellement aux blessures par chute, banales chez tout enfant en âge de marcher est significative ; par exemple au niveau du tronc, des lombes, des fesses, de la partie interne des cuisses, du cuir chevelu, du pourtour péri-orbitaire, des joues avec éventuellement des marques de doigts, des bras et des avant-bras avec des traces de pincement ou le sillon d'une contention forcée, sont évocateurs de maltraitance.

Des marques retrouvées au niveau de la paroi thoracique, de la face antérieure ou latérale du cou peuvent évoquer des manœuvres d'étouffement ou de strangulation.

- Les plaies

Polymorphes selon leur cause : griffures, morsures, lacérations, entailles par un instrument tranchant.
Parfois dissimulées, elles nécessitent une exploration systématique :
- de l'intérieur de la bouche, à la recherche d'une plaie gingivale, de fractures dentaires, de traces d'ulcérations de la luette ou du voile du palais (par l'introduction forcée d'une cuillère ou d'un liquide bouillant),
- des tympans, parfois déchirés lors de coups au visage,

- des yeux qui peuvent être le siège de lésions importantes, par exemple une luxation du cristallin, un décollement de la rétine,
- de l'appareil génital externe et de l'anus pour rechercher des indices d'abus sexuel.

- Les brûlures

- Par ébouillantement, pouvant témoigner d'une négligence grave ou d'une intention agressive (par immersion forcée dans un bain brûlant pour punir l'enfant).
- Par application d'objets brûlants (fer à repasser, poêles), provoquant des marques profondes, à la différence d'un contact accidentel ; telles les brûlures par cigarettes qui se présentent sous la forme d'excoriations circulaires, souvent sur-infectées et pouvant être confondues avec un impétigo.

- L'alopécie

Par arrachements brutaux et répétés des cheveux, à distinguer de l'alopécie par automutilation chez des enfants maltraités et souffrant de carences affectives.

- **Les fractures**

De diagnostic facile lorsqu'elles sont consécutives à un traumatisme direct (crâne, côtes, os propres du nez, rachis), elles sont difficiles à repérer ou à interpréter chez le nourrisson et le jeune enfant, quand elles sont liées à des traumatismes indirects par torsion, élongation, broiement des articulations.

Elles sont à rechercher devant des signes évocateurs d'une douleur : une immobilité silencieuse et des geignements à la moindre tentative de mobilisation du membre impotent.

Le « syndrome de Silverman » est découvert par l'examen radiologique. On peut retrouver plusieurs caractéristiques radiologiques : lésions métaphysaires classiques en « anse de seau » (petit arrachement osseux), fractures de côtes (surtout au niveau des arcs postérieurs) fractures multiples souvent bilatérales, fractures d'ages différents, décollement épiphysaire, décollement du périoste avec des hématomes sous-périostés ossifiés formant un véritable manchon calcifié péri-diaphysaire. Tous ces signes sont classiques, mais une « simple » fracture diaphysaire d'un humérus chez un nourrisson de 2 mois est très suspecte de maltraitance.
La scintigraphie osseuse du corps entier est souvent couplée (avant 7 ans mais surtout chez les enfants de moins de 2 ans) à ce bilan radiographique de manière à dépister des fractures mal vues sur les radiographies classiques, notamment les fractures de cotes. Certains préconisent de commencer par une scintigraphie avant l'age de 2 ans, puis de réaliser des clichés radiologiques ciblés en cas d'hyperfixation.

- **L'hématome sous-dural**

Observé chez les nourrissons de moins de un an, il peut mettre en jeu le pronostic vital, sinon laisser des séquelles neurologiques définitives (comitialité, hémiplégie, cécité, décérébration).
Les signes d'appel sont souvent des signes neurologiques de survenue inopinée : altération rapide de la conscience, crises convulsives, déficit moteur, troubles du tonus. Mais la symptomatologie est parfois moins évocatrice lorsqu'elle est réduite à des vomissements, des accès de cyanose et de pâleur, des apnées brèves.

L'examen clinique retrouve une augmentation du périmètre crânien associé à un discret bombement de la peau au niveau de la fontanelle.

La radiographie du crâne révèle une disjonction plus ou moins importante des sutures avec parfois l'existence d'un trait de fracture.

Le diagnostic s'appuie sur :
- L'examen du fond d'œil à la recherche d'hémorragies rétiniennes péri-vasculaires en flaque ou en flammèche, qui peuvent accompagner cet hématome, mais pas toujours.
- L'échotomographie cérébrale transfontanellaire, et surtout,
- La tomodensitométrie (scanner) qui précise le siège, le volume, le caractère aigu ou subaigu de l'épanchement, son association à un œdème ou à une atrophie cérébrale,
- une IRM cérébrale est de plus en plus prescrite systématiquement. Elle permet de mieux dater les hématomes et d'apprécier le retentissement sur le parenchyme cérébral.

La ponction des espaces sous-duraux lorsque la fontanelle est encore perméable, et uniquement en cas d'hypertension intracrânienne menaçante, confirme le diagnostic en ramenant une quantité variable de liquide hémorragique, non coagulable, riche en albumine.

L'hématome sous-dural (HSD) est dû généralement à des coups directs sur la tête. Dans le fameux « syndrome du bébé secoué », la présence d'un HSD signe, dans 80 % des cas, un coups direct passé inaperçu. Des secousses répétées du bébé, survenue lors de gestes courants (faire sauter un enfant) ne provoquent pas ce type de lésions en dehors de pathologies prédisposant.

- **Les lésions viscérales.**

Elles constituent après l'hématome sous-dural la deuxième cause de mortalité des enfants maltraités, mais sont en pratique assez peu fréquentes.
- Le plus souvent intra-abdominales (lésions du foie, de la rate, du mésentère, du rein ou du rectum), elles peuvent évoluer à bas bruit et se révéler brutalement au bout de plusieurs jours par un état de choc ou une symptomatologie abdominale aiguë.
- Thoraciques (hémothorax ou pneumothorax), elles sont en général consécutives à des fractures des côtes.

L'absence de lésions externes rend leur diagnostic difficile. C'est seulement au cours de l'intervention chirurgicale, mais encore trop souvent lors d'une autopsie médico-légale, que le diagnostic est fait.

3 - Les signes généraux.

Souvent associés aux signes lésionnels, ils peuvent être isolés, surtout chez les enfants victimes de négligences ou de carences graves nutritionnelles ou affectives avec :

- Un tableau de dénutrition caractérisé par une fonte du panicule adipeux, une insuffisance pondérale, une anémie, des signes de rachitisme.
- Une « hypotrophie staturo-pondérale non organique » chez des enfants de moins de deux ans, caractérisée par une cassure des courbes staturale et pondérale, éventuellement dans certaines formes précoces par un petit périmètre crânien, signe moins rapidement réversible une fois l'enfant hospitalisé.
- Un nanisme psychosocial chez les enfants plus âgés en cas d'arrêt précoce et prolongé de la croissance staturale et pondérale. C'est un nanisme harmonieux auquel sont généralement associés des troubles fonctionnels et comportementaux, en particulier des troubles du sommeil, une potomanie, une polyphagie. La reprise de la croissance, spectaculaire au bout de quelques jours d'hospitalisation, permet d'établir le diagnostic. Cet arrêt de croissance est dû à un blocage fonctionnel de la sécrétion de S.T.H. (ou hormone de croissance) et de la somatomédine, avec la participation éventuelle d'une carence nutritionnelle.

4 – Les signes comportementaux.

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

- **Chez le nourrisson.**

L'observation des interactions avec ses parents peut montrer :

- Un évitement du regard, disparaissant au contact des soignants.
- Une « vigilance gelée » du regard chez un nourrisson, en alerte, sur « le qui-vive », esquissant des mouvements de protection à l'approche de l'examinateur.
- Une souffrance dépressive patente avec des gestes rares, ralentis, parfois associés à des rythmies de balancement et une quête affective.
- Une instabilité motrice chez un nourrisson en âge de marcher, en perpétuel mouvement, ce qui l'expose en plus à des accidents domestiques s'il est laissé à lui-même.
- Et bien d'autres troubles communs aux états de souffrance psychique durable : retard psychomoteur, anorexie, polyphagie, méricysme, troubles du sommeil, symptômes particulièrement exaspérants pour l'entourage et en retour facteurs de maltraitance pour l'enfant.

- **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.

- **Chez l'adolescent**

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

Les 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.

B – Le contexte familial

1 – Attitude des parents.

Ils nient être les auteurs des lésions observés, 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.

2 – Les indices évocateurs.

Souvent les signes physiques ne sont pas aussi nets ou aussi graves que ceux décrits ci-dessus. Les indices suivants sont toujours des éléments primordiaux.

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

- Les discordances dans les discours des parents sur l'anamnèse, mises en évidence si, interrogés séparément, chacun donne une version différente avec des contradictions d'un interrogatoire à l'autre.

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

- La notion d'hospitalisations antérieures répétées, en particulier pour des traumatismes mal expliqués, des accidents domestiques, signes possibles d'une négligence parentale. La lecture du carnet de santé permet éventuellement d'en retrouver les traces et de reconstituer les courbes pondérale et staturale, si toutefois l'enfant a été suivi.

- Les fluctuations des versions données par l'enfant d'un jour à l'autre et selon ses interlocuteurs.

- Le comportement des parents au cours de l'hospitalisation : certains faisant de rares visites souvent intempestives en manifestant peu d'émotion, d'autres au contraire de manière démonstrative, mais avec un discours infiltré d'agressivité contre l'enfant mais aussi contre les soignants, d'autres enfin ne demandant aucune nouvelle de leur enfant ou fuyant les rencontres avec les soignants.

- La 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.

C – Les examens complémentaires face à une suspicion de maltraitance physique

1 – Certains sont systématiques

- Numération formule sanguine, crase sanguine, groupe sanguin (diagnostic différentiel).
- un bilan radiographique de l'ensemble du squelette
- La scintigraphie osseuse du corps entier (place encore mal définie, mais pourrait être proposée en premier avant deux ans).

2 – D'autres sont prescrits en fonction de l'âge et du tableau clinique

- Le fond d'œil.
- Un bilan rénal à la recherche d'une hématurie.
- Après l'examen des organes génitaux externes, des prélèvements en vue de recherches bactériologiques et de spermatozoïdes (en cas de notion ou de signes de pénétration, ou en cas de découverte de traces séchées suspectes sur les fesses ou le pubis entre autre) complétés par une prise de sang pour rechercher des indices sérologiques de maladies sexuellement transmissibles (20 à 30 % des enfants victimes de sévices physiques le sont aussi d'abus sexuels).
- Un examen O.R.L. à la recherche d'éventuelles plaies endo-buccales, de lésions des tympans.
- Une échotomographie transfontanellaire, abdominale, une I.R.M., un scanner cérébral…

Leurs résultats doivent être consignés fidèlement dans l'observation afin de servir éventuellement de documents de référence pour l'enquête judiciaire.

D – Diagnostic différentiel.

- Les lésions hémorragiques, ici d'origine traumatiques, doivent être distinguées de celles survenant au cours de pathologie de l'hémostase : purpura thrombopénique, hémophilie et autres affections constitutionnelles ou acquises de l'hémostase.

- Chez un nourrisson, les hématomes ne doivent pas être confondus avec des taches mongoloïdes, observées surtout chez les enfants à peau pigmentée. Elles sont de couleur bleurée mais stable dans le temps et de taille variable ; elles siègent au niveau des lombes, des fesses, parfois des épaules et de la face antérieure des jambes.

- Quant au diagnostic de fragilité osseuse constitutionnelle (maladie de Lobstein), invoqué parfois par les parents, il est facile, le plus souvent, de l'éliminer par l'anamnèse précise des faits et des antécédents de l'enfant, et surtout sur des arguments radiologiques (présence d'os wormiens au niveau du crâne, transparence osseuse, corticales minces). Le diagnostic de certitude est fait sur un prélèvement de peau.

- La distinction entre maltraitance et châtiment corporel est souvent difficile à faire dans certains contextes socio-culturels, de même que certaines pratiques thérapeutiques ancestrales (ventouses, scarifications).

4 – Les facteurs de risques.

A – Une conjugaison de facteurs de risques

1 -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…)

2 – 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 (le rapport de l'ODDAS 2003 insiste sur ce facteur de risque), parents jeunes, voire adolescents.
- 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 exemple 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.

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.

3– 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, 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.

4 – 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.

B -L'interaction maltraitante

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

1 - Du côté des parents

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

De manière générale, ces parents ont une mauvaise image d'eux-mêmes, après une enfance meurtrie par de multiples carences affectives et éducatives, avec des placements répétés et 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 un sentiment d'injustice et de persécution, ne cessant d'attribuer à autrui la cause de leur malheur ; de même, avec l'un de leurs enfants appelés à prendre cette place de « bouc émissaire » sans rien en attendre d'autre que de l'ingratitude.

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 par une opposition active ou passive. Ainsi s'exprime-t-il selon son âge par le retrait, des cris, des pleurs, une insomnie, un refus alimentaire, des mensonges, et bien d'autres symptômes qui sont 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 même. Ainsi, est-il souvent profondément convaincu que les punitions reçues sont toujours méritées ; il les protège par son silence ou sa rétractation rapide après ses aveux, s'il les a faits ; 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 spontanée 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.

5 – Les abus sexuels.

A – Définition

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.

B – Les signes révélateurs

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

- Mais le plus souvent les signes sont indirects, non spécifiques, traduisant surtout un surcroît d'excitation. On doit être alerté par la survenue inexpliquée :
  - de symptômes dépressifs, de troubles du sommeil, de troubles alimentaires ou sphinctériens, d'une baisse de l'efficience 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.

C - Fréquence

Des enquêtes faites en milieu scolaire et universitaire indiqueraient qu'actuellement 1 fille sur 8 et 1 garçon sur 10 sont victimes d'un abus sexuel avant l'âge de 18 ans. (Cf. également chapitre 2 Epidémiologie de la maltraitance)

D – L'examen clinique.

- L'examen clinique peut avoir lieu au décours d'un viol, et il s'inscrit constitue alors une urgence médico-légale. Une suspicion d'attouchements constitue également une urgence médico-légale pour rechercher d'éventuels signes physiques attestant de l'agression et qui pourront vite disparaître.

- Le plus souvent il est demandé à distance des faits, à l'occasion d'une révélation par la victime ou d'une circonstance ayant provoqué l'aveu (une grossesse par exemple).

- Dans tous les cas, il nécessite une approche pluridisciplinaire pédiatrique, pédopsychiatrique et sociale et doit être effectué « avec tact et circonspection », si possible en présence d'un tiers qui pourra témoigner de son bon déroulement.

  - L'interrogatoire de l'enfant (ou de l'adolescent) en présence ou non des parents selon l'âge et le contexte doit utiliser le plus possible des questions ouvertes, en évitant toutes suggestions, en s'aidant éventuellement de dessins ou de poupées et en l'informant de son déroulement.

  - L'examen physique (en présence d'une personne de confiance de l'enfant) : idéalement réalisé par un médecine légiste pour éviter de multiples examens en cas de suites judiciaires

    - L'inspection du périnée recherche des ecchymoses, des lacérations, des traces de sang et de sperme (prélèvement), l'aspect de l'hymen, de l'anus ou de la verge. Cet examen doit être patient, sans brusquer l'enfant.

    - L'inspection de la bouche, systématique, peut découvrir des lésions récentes ou anciennes au niveau du voile du palais, du frein de la langue, des lèvres, des dents ou de la muqueuse jugale, liées à des fellations ou des sévices physiques.

    - L'inspection de l'ensemble des téguments s'impose, comme devant toute situation de sévices à enfant, car 20 à 30 % des enfants battus sont aussi victimes d'abus sexuels.

E – Les examens complémentaires.

- Les prélèvements locaux permettront de rechercher :

  - du sperme si l'agression date de moins de 72 heures et en cas de suspicion de pénétration vaginale ou anale (ce qui est très rare chez le petit enfant), les écouvillons seront au mieux congelés ou après séchage de 30 mn, recapuchonnés et conservés à température ambiante
  - une maladie sexuellement transmissible (syphilis, chlamydia, gonocoque, herpès de type II).

  Dans la plupart des cas, les examens cliniques et biologiques ne montrent rien et peuvent même mettre en cause la sincérité de l'enfant. C'est alors sa parole contre celle de l'auteur des sévices sexuels, une situation ou l'expertise de crédibilité de l'enfant va jouer un rôle essentiel.

- Des prélèvements sanguins en vue :
  - d'études sérologiques à la recherche d'une hépatite B., C. ou H.I.V.
  - du dosage des β-hCG pour rechercher une grossesse chez une adolescente pubère.
  - de dosages toxicologiques pour rechercher une éventuelle intoxication associée notamment dans la cadre de soumission chimique en particulier chez les adolescents.

F – Les auteurs d'abus sexuel

- Dans la majorité des cas, l'abus ne survient pas brutalement mais au terme d'une approche progressive de celui qui, après avoir repéré sa victime, a tissé des relations d'emprise et de séduction avec elle. Un 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 est un comportement qui s'inscrit dans des contextes psychopathologiques variés, depuis le pervers jusqu'à l'immature affectif, avec souvent des antécédents de maltraitance dans l'enfance.

- Trois fois sur quatre, cet abus est exercé par un membre de la famille ou un proche. Il représente sans doute la forme de maltraitance le plus occultée, du fait de la peur qu'éprouve l'enfant à la révéler.

G - 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 suggestionnable, il peut être alors utilisé dans le conflit qui oppose ses parents.

6. La maltraitance psychologique

- Elle est toujours associée aux autres formes de maltraitance et en fait partie intégrante. Mais il faut souligner l'effet particulièrement destructeur de la violence psychologique à travers des agressions verbales.

- Dans certaines situations, la maltraitance psychologique apparaît au premier plan du tableau clinique selon 6 formes diversement associées (d'après l'A.P.S.A.C.ou 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.

- Il y a lieu de souligner :
  - la dimension inter- et trans-générationnelle de ces troubles relationnels que l'on retrouve généralement entre les parents maltraitants et leurs propres parents.
  - la très grande difficulté d'établir une alliance thérapeutique avec de telles familles, voire son impossibilité. Et l'impression qu'ont parfois certains professionnels d'être maltraités par ces parents peut mobiliser en eux des contre-attitudes non sans conséquences sur l'avenir du dispositif de soin.

7. Le syndrome de Münchausen par procuration

A - Définition

Décrit aussi sous le nom de syndrome de Meadow, son diagnostic repose sur quatre critères :

1 - La survenue chez un enfant d’une maladie simulée et/ou produite par un parent.

2. Des demandes insistantes des parents ou de l’un d’eux auprès de médecins pour examiner et soigner l'enfant conduisant à des procédures thérapeutiques multiples.

3. Un déni de la connaissance de la cause de la maladie par le parent responsable.

4. Une disparition des symptômes quand l'enfant est séparé du parent responsable.

Cette définition n'exclut pas les associations avec d'autres formes de sévices telles les violences physiques, psychologiques ou sexuelles.

B - Les signes d'appel

Ces symptômes protéiformes sont ingénieusement fabriqués, falsifiés ou inventés, au point d'entraîner la conviction des médecins, par exemple :

- des hémorragies vraies, induites (par administration d'anticoagulants) ou factices (par adjonction de sang animal dans les prélèvements ou encore par des colorants),
- des crises comitiales (déclenchées en exerçant une pression sur les carotides),
- une hypoglycémie (par injection d'insuline), des troubles digestifs par administration dissimulée de substances émétisantes,
- une falsification des prélèvements sanguins et urinaires par adjonction de sel, de sucre, d’albumine ou de toxique divers, etc.

C - L'attitude des parents

- Peu d'inquiétude chez le parent responsable, souvent la mère.
- Celle-ci manifeste en même temps beaucoup de dévouement pour son enfant et même parfois pour les autres enfants hospitalisés.
- Toujours prompte à collaborer avec l'équipe soignante, mais en apparence seulement,
- Avec la fuite des parents au moindre soupçon.

D - L'évolution

- **A court ou moyen terme :**

- des risques somatiques graves, par intoxication, infection, troubles métaboliques pouvant être mortels.
- des risques d'accidents iatrogènes, car ces enfants subissent des interventions à visée diagnostique et thérapeutique (pose de cathéters veineux, nutrition parentérale, ponction lombaire, endoscopies, biopsies et des traitements médicaux et chirurgicaux inappropriés, voire dangereux, antibiothérapie, anticonvulsivant, etc.).

Le taux de mortalité est estimé à 7/9 %, avec des chiffres allant jusqu'à 31 %.

- **A long terme**

L'évolution à long terme est encore difficile à évaluer car ces patients échappent aux études longitudinales. Et ceci est vrai pour la plupart des situations de maltraitance à enfants.
Soulignons les risques de séquelles dues à des interventions chirurgicales mutilantes, un retard scolaire, des séquelles psychiques, liées aussi aux hospitalisations fréquentes, traumatisantes, à la conviction d'être authentiquement malade, à des séquelles neurologiques avec un retard mental...

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.

A - Le Code de Déontologie Médicale.

L'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 »*

L'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 œuvre 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 »*

B - Le Code Pénal.

1 - L'obligation de signaler

L'article 434.3 dispose que *« Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze 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 trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros 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.

2 – Dérogation pour les personnes tenues au secret professionnel.

L'article 226.13 impose à certaines professions (dont le médecin) le secret professionnel :

« 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 euros d'amende ».

L'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 ;»

Nous insistons sur le fait que depuis la Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004, la limite de 15 pour les signalements de mineurs est passée à 18 ans.

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

3 – Mais le médecin comme toute personne tenue au secret professionnel ne doit pas ignorer l'article 223. 6 sur la non-assistance à personne en danger. Le médecin 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 »*

4 - A qui adresser le signalement ?

On peut contacter, par fax suivi d'un courrier ou par téléphone :

- Les autorités administratives en cas de suspicion de maltraitance par sévices physiques ou par négligence : Le service d'Aide Sociale à l'Enfance du Conseil Général, celui-ci ayant mis à la disposition du public « la cellule enfant maltraité » (ou CEMA), le médecin-chef de la P.M.I., les assistants sociaux des collèges, lycées et mairies.
- Les autorités judiciaires, en cas de situation de danger pour l'enfant, d'abus sexuel ou de simple suspicion d'abus sexuel : le parquet, c'est-à-dire le Procureur de la République au tribunal de grande instance du département (ou son substitut), ou les services de police ou de gendarmerie. " *Le médecin peut aussi avoir directement recours au juge des enfants en cas de danger réel, actuel, certain et grave".*
- Les autorités médicales (médecin inspecteur de la D.D.A.S.S.)

Comment rédiger les documents ?

a - Le certificat médical :

- Il est rédigé avec prudence et objectivité sur papier libre à en-tête par un médecin thèsé, après examen complet de l'enfant, en précisant le nom, prénom, l'âge de l'enfant, le nom du demandeur, le nom des personnes présentes lors de l'examen.
- La description des lésions doit être précise (localisation exacte des blessures, taille, âge approximatif...)
- Le comportement de l'enfant est noté et les examens complémentaires pratiqués sont précisés (prélèvement sanguin, cutané, vaginal…)
- Les propos de l'enfant sont rapportés entre guillemets, sans interprétation.
- Dans la mesure du possible, on précise si les lésions rencontrées sont compatibles avec les dires de l'enfant (en cas de réquisition judiciaire).
- Il doit être signé et daté.

Les règles à respecter impérativement :

- Demeurer dans le cadre du certificat demandé en se limitant aux seuls éléments objectifs constatés sans mentionner les informations qui violeraient le secret professionnel.
- Ne remettre le certificat qu'à la personne ayant autorité ou à l'autorité requérante en cas de réquisition judiciaire (police, gendarmerie, justice), en gardant un double dans le dossier médical. En cas de demande de certificat par les ou un des parents, il vaut mieux s'en tenir à décrire ce que l'on voit en limitant les commémoratifs au minimum et en ne se prononçant pas sur l'interprétation des lésions.

Quatre mentions strictement interdites :

- Remettre le certificat à un tiers, le conjoint ou tout autre membre de la famille.
- Rédiger un certificat attestant que les enfants sont perturbés par l'attitude de l'un ou l'autre parent.
- Remettre directement un certificat à un avocat
- Certifier que les lésions constatées à l'examen sont les stigmates de sévices actuels imputables à l'un des conjoints, sans preuve des circonstances de survenue.

b – Modèle d'une lettre de signalement au procureur :

Objet : signalement d'un enfant en danger
Monsieur le Procureur,
Je porte à votre connaissance les faits suivants : j'ai examiné ce jour, (heure, mois, année), l'enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse).
L'examen de l'enfant met en évidence… (cf. le certificat médical)
Ces signes m'amènent à penser que cet enfant est en situation de danger.
Je vous prie de croire, M. le Procureur, …
Signez et datez.

En résumé

- Les personnes non tenues au secret professionnel doivent impérativement signaler les mauvais traitements dont elles ont connaissance.

- Les personnes tenues au secret professionnel sont autorisées à signaler les mauvais traitements ou privations sur des mineurs de moins de 18 ans, dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, mais ils n'y sont pas obligés. Si elles ne sont pas obligées de le faire, elles ne sont pas pour autant dispensées du devoir d'assistance, à condition de le faire sans risque pour elle ou pour des tiers.

- Le médecin n'est pas non plus obligé de faire le signalement, décision soumise à sa prudence et sa circonspection dans « l'intérêt de l'enfant ». Le médecin en fait se trouve souvent en difficulté en pratique libérale car il se trouve isolé face aux familles. Il peut, par exemple, prendre l'initiative de l'hospitalisation de l'enfant. Il sera moins difficile à une équipe pluridisciplinaire de faire le signalement. Dans ce cas la, il faut que le médecin qui demande l'hospitalisation ait la confirmation certaine que l'enfant à bien été hospitalisé et qu'il est prévenu l'équipe d'accueil.

- Dans tous les cas où l'enfant est « en état de péril », le médecin est tenu, comme tout citoyen « de porter assistance à personne en danger », la non-dénonciation de sévices à enfant étant alors passible d'une peine d'amende ou d'emprisonnement. « Le signalement est là obligatoire et l'abstention inacceptable ».

B – La démarche médicale face à la maltraitance à enfant

A moins d'une dénonciation par le conjoint, un membre de l'entourage ou d'un aveu spontané d'un des parents, bien exceptionnel, le diagnostic de maltraitance n'est jamais facile à établir face au déni des parents et au silence de l'enfant, face aussi à la réticence de tout professionnel à l'admettre et à le signaler de peur de ruiner les chances d'une relation thérapeutique, quand en plus on ne dispose pas de preuves mais seulement d'indices. Aussi, le médecin doit-il savoir attendre et s'entourer d'avis complémentaires pour étayer ses arguments et engager à bon escient la procédure de signalement sans la rendre contestable ni faire subir à l'enfant et sa famille le préjudice d'une décision précipitée et erronée. Le rôle d'une équipe pluridisciplinaire rodée à ce type de situation est primordiale.

Le déni initial des parents ne doit cependant pas être considéré comme un obstacle rédhibitoire à la relation de soin. Le temps de l'observation de l'enfant en milieu hospitalier peut être ainsi mis à profit pour tenter d'établir avec ses parents un dialogue, les connaître et se faire connaître d'eux, les aider à rompre le déni et reconnaître leur responsabilité en dehors des contraintes judiciaires. Des ouvertures peuvent se faire si leur est au moins reconnue leur intention de protéger leur enfant à travers leur demande actuelle de soin ou d'hospitalisation. Il est en effet essentiel de créer les conditions pour que ces parents soient malgré tout partie prenante dans la prise en charge de leur enfant. C'est offrir aux parents une chance de se remettre en question, à l'enfant de ne pas être exposé à un conflit de loyauté, au projet thérapeutique d'être légitimé par les parents et donc investi par l'enfant, et d'être ainsi assuré de durer dans la cohérence et la continuité.

Deux cas de figure se présentent :

1 – En cas de sévices graves, avérés ou de danger immédiat.

- *Le clinicien doit protéger impérativement l'enfant en l'hospitalisant dans un service de pédiatrie.*

C'est la mesure la mieux acceptée par les parents et en faisant tout pour les convaincre s'ils hésitent à donner leur accord. Il s'agit de le mettre à l'abri de son (ou ses) agresseur lorsque celui-ci est un proche mais aussi de faire un bilan médical, scolaire, social et psychologique de l'enfant, et mieux connaître son contexte familial. Dans ce cas là, il faut que le médecin qui demande l'hospitalisation ait la confirmation certaine que l'enfant à bien été hospitalisé et qu'il ait prévenu l'équipe d'accueil.

- *Mettre en place des traitements médicaux et/ou chirurgicaux appropriés.*

Sans oublier en cas d'agression sexuelle, si la victime est vue dans les 72 heures, d'appliquer un traitement préventif pour le V.I.H. et si la victime est une adolescente pubère, d'envisager une contraception préventive d'urgence.

- *Susciter une concertation pluridisciplinaire*

Réunissant l'équipe pédiatrique médicale et chirurgicale, le pédopsychiatre consultant ou de secteur, le médecin généraliste, les professionnels de la P.M.I., les travailleurs sociaux, les enseignants, l'équipe de médecine légale, elle apporte un éclairage sur les dysfonctionnements familiaux, permet d'évaluer la capacité des parents à adhérer à un projet de soins et à s'impliquer dans un travail thérapeutique à long terme.

- *Communiquer aux parents le diagnostic de maltraitance*

Si le diagnostic est certain, il doit être annoncé aux parents ainsi que la loi et les mesures que celle-ci impose de prendre. C'est sans doute la meilleure façon de les aider à parler et se délivrer de leur souffrance, à condition de se positionner selon la logique et l'éthique médicale en leur rappelant que la violence à l'égard de leur enfant qui est un délit au regard de la loi est aussi le signe d'une pathologie de la relation qui justifie un traitement psychologique. Il faut parler en termes simples en se gardant de tout jugement.

- *Faire un signalement*

Rédiger un document clair et descriptif mentionnant les circonstances et le déroulement des faits tels que rapportés par l'enfant et (ou) par sa famille, le comportement de l'enfant, les données de l'examen clinique en précisant les prélèvements qui ont été effectués, et l'adresser *au Procureur de la République ou à son substitut.*

Celui-ci a ensuite toute autorité pour prendre les mesures qui s'imposent : par exemple décider par une ordonnance de placement provisoire (O.P.P.) le maintien de l'enfant en hospitalisation ou en tout autre lieu de protection, et pour l'abuseur, saisir le juge d'instruction pour sa mise en examen éventuelle.

2 – En cas de simple suspicion ou « d'enfant à risque » :

- *Hospitaliser l'enfant dans un service de pédiatrie*

Proposition facilement acceptée par les parents, elle offre une protection immédiate à l'enfant, permet de compléter le bilan médical, d'éliminer une autre étiologie organique, d'observer les interrelations entre l'enfant et ses parents et de suivre l'évolution de celles que ceux-ci vont établir avec les équipes soignantes. L'avis d'un pédopsychiatre peut-être là très utile.

En cas de refus des parents, ceux-ci doivent être informés que des investigations complémentaires seront néanmoins entreprises auprès du service social, du médecin de P.M.I. ou du médecin scolaire éventuellement en prenant l'avis de la « Cellule Enfance Maltraitée » (CEMA) que les Conseils généraux ont mis en place dans chaque département.

- *Observer l'évolution des lésions et du comportement*

Elle est surtout significative dans le cadre d'une hospitalisation. Les lésions disparaissent alors rapidement et les troubles du comportement s'amendent vite.

- *Susciter une concertation pluridisciplinaire*

Que l'enfant soit ou non hospitalisé, cette concertation pluridisciplinaire s'impose toujours pour élaborer la stratégie de soin et du suivi de sa situation, surseoir ou non à la décision de signalement,

- *Deux types de décision peuvent alors être pris :*

  - Soit une mesure de protection administrative avec des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert, doublée d'une action thérapeutique à l'égard des parents et de l'enfant (en liaison avec un pédopsychiatre) si les parents se montrent non seulement coopérants mais aussi demandeurs d'aide.

  - Soit une mesure de protection judiciaire plus contraignante, le juge pour enfants ordonnant alors une observation éducative en milieu ouvert pour prendre une décision ultérieure qui peut être le maintien de l'enfant dans sa famille avec un suivi thérapeutique de l'enfant et du groupe familial ou une séparation du milieu familial (avec un placement en famille thérapeutique ou en foyer éducatif).

3 – Les écueils à éviter

- Douter de la signification des symptômes et les attribuer à un accident plutôt qu'à des sévices, en collusion avec le déni des parents.

- Prendre une décision hâtive de signalement sous l'emprise de réactions passionnelles contre les parents.

- Hésiter à engager une procédure administrative ou judiciaire, toujours lourde de conséquences pour les familles, sous le prétexte qu'elle va ruiner une confiance difficilement acquise.

- Considérer le problème comme étant exclusivement de nature judiciaire sans lui reconnaître une dimension psychopathologique.

- Enfin, banaliser la situation et penser qu'il n'y a pas matière à s'inquiéter.

C – La prise en charge psychologique de l'enfant maltraité et de sa famille.

Elle constitue, après les volets judiciaire et médical, le troisième volet du traitement.

- Elle commence avec la mise en place du dispositif médical et judiciaire, destiné en effet à protéger l'enfant, à restaurer en lui un sentiment de sécurité, à le confirmer dans un statut de victime et non de coupable. Mais c'est à condition de ne pas écarter ses parents des mesures prises, de ne pas méconnaître leur souffrance et leur attente implicite d'être eux-mêmes aidés dans leur parentalité reconnue défaillante, de ne pas exposer l'enfant à une rupture de ses liens familiaux, de coordonner les différents intervenants impliqués, sociaux, éducatifs, judiciaires et psychiatriques

- La prise en charge psychologique « spécifique » concerne l'enfant maltraité et sa famille, avec cette triple visée : soigner l'enfant, ses relations familiales et prévenir les récidives de maltraitance. Ses modalités sont complexes, évolutive avec le temps et difficiles à résumer. Elles doivent tenir compte de nombreux éléments :
  - de l'état psychologique de l'enfant, une fois mis en sécurité et de sa demande d'être aidé.
  - de la prise de conscience par les parents de la nature maltraitante de leur relation avec leur enfant.
  - des décisions judiciaires prises pour l'enfant et ses parents.

1 - Si l'enfant est maintenu dans sa famille

- Une thérapie familiale peut être proposée pour initier de nouveaux modes relationnels, libérer la famille des représentations contraignantes qu'elle a d'elle-même, l'aider à se réapproprier son histoire et à délivrer l'un des enfants de son statut de bouc-émissaire.

- Elle peut déboucher sur une psychothérapie de couple ou individuelle qui permettrait d'élaborer l'expérience traumatique et dans le meilleur des cas d'éviter à l'âge adulte le risque d'une répétition de l'inceste.

2 - Si l'enfant est séparé de son milieu familial, confié à une famille d'accueil ou une institution

- Les réactions protestataires quasi habituelles unissant l'enfant et ses parents doivent être l'objet d'une particulière attention pour éviter un sabotage rapide du projet en instaurant, sous l'autorité du Juge d'enfant, un rythme de rencontres régulières entre eux.

- Elles ne doivent pas éluder le problème central : celui de la violence des relations entre eux. A cette fin, on peut proposer un cadre spécifique d'entretiens familiaux offrant à l'enfant l'occasion de se situer dans sa propre histoire et de différencier les générations, à ses parents de se défaire progressivement de leurs projections à son égard.

- Le soutien de la famille d'accueil ou un travail spécifique au sein de l'institution sont évidemment toujours nécessaires.

3 – Quoiqu'il en soit, cette prise en charge doit surmonter de nombreux obstacles :

- Se différentier sans se cliver du pôle judiciaire qui en est souvent l'inspirateur, sinon le prescripteur, et souvent soupçonné de faire fi de la confidentialité.
- Convaincre les parents, généralement réticents, de collaborer.
- Surmonter les réticences de l'enfant, très défensif, de participer aux traitements proposés,
- Faire face aux discontinuités dans le suivi des décisions.

Conclusion

Les situations de maltraitance imposent une lecture à plusieurs niveaux : médicale et/ou chirurgicale, psychopathologique (individuelle, familiale, inter et transgénérationnelle) mais aussi sociale et juridique. Pour cette raison, leur approche clinique et thérapeutique requièrent une démarche pluridisciplinaire s'inscrivant dans la durée. Sa cohérence toujours mise à l'épreuve dépend de la capacité des institutions médicales, sociales et judiciaires à travailler ensemble tout en se différenciant, à élaborer et à surmonter aussi les conflits auxquels les entraînent peu ou prou ces situations.

Bibliographie

Berthier M., Oriot D. – « Le syndrome de Münchausen par procuration ». Arch. Fr. Pédiatr., n°3, p 1048, 1996.

Kempe C.H. – L'enfant battu et sa famille. Paris, éd. Fleurus, 1977.

Kreisler L. – Le nouvel enfant du désordre psychosomatique, Toulouse, Privat, 1992.

Kreisler L. – Les enfants victimes de sévices. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (139), p2364-8, Paris, P.U.F., 1995.

Gabel M., Lebovici S., Mazet P. – Maltraitance, répétition, évaluation. Col. Psychopédagogie, 305 p. Paris, éd. Fleurus, 1996.

Gabel M., Lebovici S., Mazet P. – Maltraitance psychologique. Col. Psychopédagogique, 360 p. Paris, éd. Fleurus, 1997.

Gabel M., Jésu F., Manciaux M. – Maltraitances institutionnelles. Col. Psychopédagogique, 303 p. Paris, éd. Fleurus, 1998

Straus P., Manciaux M. Gabel M., Girodet D., Migot C., Rouyer M. – L'enfant maltraité. Col. Psychopédagogique, 696 p. Paris, éd. Fleurus, 1993.

Manciaux M., Gabel M – Enfance en danger. Paris, éd. Fleurus, 2002

Gabel M., Lebovici S., Mazet P. – Le traumatisme de l'inceste, éd. PUF, 2002.

Gosset D. Maltraitance à enfants, 2nd édition, éd. Masson, 1998.