

MODULE 3 : MATURATION ET VULNERABILITE.

MALTRAITANCE ET ENFANTS EN DANGER

ITEM N°37

ENSEIGNANTS : Dr J. Malka, Pr. P. Duverger

MODE D'ENSEIGNEMENT : ARC/ED

OBJECTIFS :

- *Savoir identifier une situation de danger ou de maltraitance avérée chez un enfant.*
- Connaître la législation concernant l'approche médico-légale d'une situation de maltraitance ou de danger.
- Connaître la conduite à tenir devant une situation de danger ou de maltraitance.
- Avoir quelques notions sur les conséquences psychologiques d'une maltraitance.

MALTRAITANCE ET ENFANTS EN DANGER

PLAN :

ENFANT VICTIME DE SEVICES, HORS ABUS SEXUELS.

1°/ Définitions

2°/ Fréquence

3°/ Facteurs de vulnérabilité

- Particularités des parents
- Particularités de la fratrie
- Particularités de l'enfant

4°/ Les conséquences sur l'enfant

- Conséquences à court et à moyen terme
- Conséquences à long terme

5°/ Diagnostic clinique de maltraitance

- Signes cliniques de maltraitance active
- Signes cliniques de négligence
- Formes cliniques en fonction de l'âge
- A part : le syndrome de Münchausen par procuration

6°/ Aspects thérapeutiques

- Prévention
- Aspects médico-légaux
- L'hospitalisation
- La prise en charge psychologique et sociale de l'enfant et de sa famille

LES ABUS SEXUELS

1°/ Abus sexuels intra-familiaux

2°/ Abus sexuels extra-familiaux

MALTRAITANCE ET ENFANTS EN DANGER

Historiquement, la reconnaissance de la maltraitance à enfant apparaît tard dans la littérature : alors que dans l'Antiquité gréco-romaine le père a droit de vie et mort sur les enfants et que, au moyen âge, l'enfant reste conçu comme un être totalement modelé par son éducation, ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle que ses droits sont envisagés. C'est en 1860 qu'un professeur de médecine légale fait, à Paris, la première description clinique d'enfants battus, mais il faut attendre 1887 pour qu'une loi interdise les châtiments corporels des écoliers et 1889 pour qu'une protection des enfants maltraités soit établie. L'Etat crée ensuite un certain nombre d'institutions et de fonctions professionnelles qui ont pour mission de protéger l'enfant (1912 : juges spéciaux pour mineurs ; 1943 : Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) ; 1945 : Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.)). Plus tard, la loi du 10 juillet 1989, relative à la prévention de mauvais traitements à l'égard de mineurs et à la protection de l'enfance, rend les auteurs de sévices pénalement punissables, en même temps qu'une convention internationale sur les droits de l'enfant est rédigée par les Nations Unies. Celle-ci souligne la nécessité d'assurer la protection physique et morale de l'enfant.

Cette prise de conscience finalement récente de la réalité de l'existence d'une atteinte à l'intégrité morale ou physique de l'enfant met un terme à l'idée reçue selon laquelle la relation entre un enfant et les adultes les plus proches de lui serait systématiquement facile voire idéale.

Mais les résistances du passé à cette prise de conscience laissent encore leurs traces, dont les médias relatent désormais quasi quotidiennement l'existence (procès pour anciennes affaires de pédophilie, révélations tardives d'affaires familiales sordides...), se laissant parfois aller à une information parcellaire mâtinée de sensationnel.

Ce cours a pour but de sensibiliser les jeunes praticiens à un problème, la maltraitance à enfant, qui renvoie à de multiples déterminants : déterminants médicaux, psychologiques, socio-éducatifs, culturels, judiciaires, éthiques etc.

La maltraitance à enfant se situe donc à la croisée de multiples chemins et, de ce fait, appelle plus que tout autre problème de santé publique à un travail transdisciplinaire, en réseau. Il importe donc pour le praticien de connaître le fonctionnement de ce vaste réseau de soin.

Le praticien n'a en revanche qu'un seul objectif, celui d'assurer la protection d'un enfant en danger. Sa place de somaticien lui donne accès de manière privilégiée à l'examen du corps de l'enfant. Sa place de médecin lui donne accès à l'évaluation de son développement psychoaffectif. Il n'est ni juge, ni enquêteur, ni moraliste. Sa place n'en demeure pas moins exposée à certains aspects médico-légaux de son exercice qui lui octroient le droit à déroger au secret médical, en particulier lorsqu'il décide d'un signalement. Nous analyserons la nécessité et le sens de celui-ci dans un chapitre qui lui sera consacré.

ENFANT VICTIME DE SEVICES, HORS ABUS SEXUELS

1^o/ Définitions

La loi ne définit pas les mauvais traitements à enfants, vraisemblablement du fait d'une évolution permanente et très rapide, dans le temps et les cultures, dans la manière de concevoir l'éducation des enfants. Dans ce contexte, les limites entre éducation « normale » (dans laquelle certains considèrent le châtiment corporel comme faisant partie intégrante de celle-ci) et maltraitance ne sont donc pas toujours aisées à définir clairement.

Toutefois, l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (O.D.A.S.) propose une **définition de la maltraitance** : « **L'enfant maltraité** est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique. »

Dans le but de développer des actions préventives, l'O.D.A.S. définit aussi « **l'enfant à risque** » : « celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité. »

2°/ Fréquence

Elle est difficile à évaluer, pour des raisons aussi diverses que :

- l'aspect parfois subjectif de la définition de la maltraitance (certains cadres éducatifs « normaux » pratiquent encore le châtement corporel par exemple),
- le secret et les menaces qui entourent les conduites maltraitantes, rendant leur révélation difficile voire impossible pour l'enfant victime,
- la résistance de certains adultes, professionnels de l'enfance ou non, à révéler une situation de maltraitance à enfant.

De ce fait, sont répertoriées dans les études statistiques :

- les situations directement révélées par l'enfant lui-même,
- les situations ayant fait l'objet d'un signalement,
- toutes les situations dont les conséquences médicales ou psychologiques amènent l'enfant à consulter le médecin, à condition que celui-ci ait les outils de formation suffisants pour envisager le diagnostic de maltraitance à enfant.

Pour avoir une idée de l'ampleur du problème en France, retenons les chiffres recueillis par l'O.D.A.S. et par l'Inserm en 1996 :

- Durant cette année, 53000 enfants en danger et 21000 enfants maltraités ont été recensés.
- 40 % avaient moins d'un an et 50 % moins de trois ans.

Ces chiffres sont par ailleurs en augmentation. Cette dernière semble toutefois davantage liée à une meilleure qualité de recueil des données (publication annuelle des rapports d'activité de l'O.D.A.S.).

3°/ Facteurs de vulnérabilité

- Particularités des parents

Les auteurs de sévices à enfant sont généralement les parents, entre lesquels existe une complicité plus ou moins consciente. C'est ainsi que la plupart du temps, l'un est l'auteur direct de violences, tandis que l'autre les favorise par son silence.

Plusieurs facteurs de vulnérabilité sont actuellement connus concernant les parents :

- **Les pathologies psychiatriques avérées** (environ 10 % des cas), en particulier lors des moments de décompensation. Il s'agit le plus souvent de pathologies lourdes telles que psychoses, perversions, psychopathies, dépressions mélancoliques (suicide altruiste),

- **Les troubles de la personnalité :** La plupart des parents maltraitants, s'ils ne souffrent pas d'anomalies psychiatriques caractérisées, présentent en revanche de graves troubles de la personnalité, le plus souvent en lien avec d'importantes carences affectives précoces (pathologies dites « narcissiques ») ainsi que de graves traumatismes au premier rang desquels figure précisément la maltraitance (30 % des cas environ).

Dans ce contexte carenciel, chacun des deux parents recherche en l'autre un étayage narcissique dont la conséquence fréquemment observée est une relation de dépendance mutuelle dans laquelle l'arrivée d'un enfant est parfois vécue comme une menace pour l'unité du couple, de même qu'elle ravive bien souvent les plaies psychiques liées au passé carenciel. Un mouvement régressif porte ces parents à retrouver chez leur enfant ce qu'ils ont été autrefois, et à s'identifier à la mère de leur première enfance. Ceci les amène, à leur insu, à s'identifier à leurs propres parents maltraitants. Cette identification n'est pas consciente, et ne donne de ce fait pas facilement accès au sentiment de culpabilité.

En lien avec l'aspect dépendant de leur personnalité, l'on peut rapprocher la fréquence des pathologies addictives : alcoolisme, toxicomanie...

- **Le vécu de la grossesse et du post-partum**

Sont habituellement repérés comme facteurs de vulnérabilité :

- Une grossesse non désirée,
- Une grossesse mal investie,
- Une grossesse longtemps déniée (retard important de découverte),
- Des propos négatifs à l'égard du bébé (« Il ne m'aime pas » dira telle maman lorsque son bébé pleure ou ne s'alimente pas comme elle le souhaiterait par exemple),
- Tout épisode psychiatrique durant la grossesse (tentative de suicide, épisode délirant ou dépressif),
- Un état dépressif prolongé du post-partum, voire une authentique psychose puerpérale,

- **Les conditions socio-économiques et familiales:**

Les facteurs de vulnérabilité sont les suivants :

- Toute situation d'isolement familial (père non présent durant le post-partum immédiat, famille monoparentale, situation de transplantation récente),
- Famille déshéritée sur le plan socio-économique et culturel (chômage, mauvaises conditions de vie, niveau professionnel bas, isolement au sein du groupe social, précarité des conditions de logement),
- Instabilité de la relation conjugale parentale,
- Deuil récent.

- **Particularités de la fratrie**

Tout antécédent de mort suspecte ou de mort subite inexpliquée, de même qu'un antécédent de placement ou de mauvais traitement sur la fratrie constitue un facteur de vulnérabilité.

- **Particularités de l'enfant**

L'enfant victime de sévices occupe souvent une place particulière au sein de la famille. Il appartient parfois à une fratrie de plusieurs enfants au sein de laquelle il est le seul à subir les sévices (« enfant cible »).

Divers facteurs peuvent concourir à désigner un enfant comme « cible », sur lequel vont se déverser tous les conflits familiaux, qu'ils soient d'ordre personnels ou interpersonnels.

Ces facteurs sont les suivants :

- La prématurité : 20 % environ des enfants maltraités sont nés prématurément. Les conséquences de la prématurité (deuil pour la mère d'un enfant imaginaire parfait, séparation prolongée après la naissance, surmédicalisation d'un enfant qui devient pour un temps un « enfant de la science » etc.) peuvent fragiliser la qualité du lien d'attachement parents-bébé.
- Toutes les situations de séparation précoce (placements, hospitalisations)
- Enfin le statut particulier de l'enfant au sein de la famille :
 - Enfant handicapé,
 - Enfant né d'un autre lit,
 - Gémellité (l'un des jumeaux peut devenir l'enfant cible, alors que l'autre jumeau est idéalisé).

4°/ Les conséquences sur l'enfant

Elles sont de plusieurs ordres et s'étalent dans le temps, devenant très vite des séquelles physiques ou psychiques le plus souvent graves.

- Conséquences à court et à moyen terme

- **Sur le plan physique**, il est risqué évident, qui est celui du décès de l'enfant (2 à 10 % des cas dans certaines statistiques !). Ce décès revêt le plus souvent un caractère accidentel, par absence de protection ou de soins (dénutrition, non assistance d'un enfant gravement malade etc.), l'infanticide délibéré et pervers restant possible mais rare. Il existe par ailleurs toutes sortes de séquelles physiques possibles, notamment les encéphalopathies traumatiques, les états de dénutrition, les retards de croissance.
- **Sur le plan psychique**, la maltraitance conduit à un authentique traumatisme, caractérisé par un afflux excessif d'excitations (c'est à dire de stimulations psychiques) que le sujet n'a pas la capacité d'assimiler psychiquement par absence de représentation préalable de ce qu'il est en train de vivre. Or, plus l'enfant est jeune, plus sa faculté à gérer l'excitation (qu'elle vienne de lui-même ou qu'elle soit générée par son environnement) reste dépendante du soutien parental qui joue ce que l'on appelle un rôle de « pare-excitation ».

En cas de maltraitance, non seulement cette fonction de « pare-excitation » n'est pas remplie, mais le traumatisme est infligé par ceux-là mêmes qui sont censés protéger l'enfant. Au lieu de protéger, les parents maltraitants banalisent leur geste tout en disqualifiant la parole de l'enfant. Il en résulte une incohérence majeure entre ce que ressent l'enfant et ce que lui traduisent ses parents. D'où, chez l'enfant, le développement rapide d'un sentiment d'incohérence interne du fait de son inclination à ne surtout pas remettre en question la parole de ses parents mais plutôt à remettre en question ses propres sentiments. L'on pourrait dire ainsi que l'enfant maltraité s'approprie très vite le discours parental au détriment du sien, ce qui a pour premier effet très grave celui de banaliser ce qu'il vit tous les jours, de le considérer comme « normal », mérité par lui. En effet, toute culpabilité est projetée de l'adulte sur l'enfant qui l'intériorise. « Tu ne l'a pas volée ! » devient quelque chose comme « Je l'ai bien mérité ! »

C'est ainsi que la structuration de la relation parents-enfant s'effectue souvent, à l'insu des partenaires, sur un mode sadomasochiste très intense, quelle que soit par ailleurs la personnalité de chacun. En effet, La difficulté à entrer en communication avec l'adulte autrement que sur un mode violent incite souvent l'enfant à adopter des attitudes marquées par une « érotisation » de la souffrance (c'est à dire par un véritable plaisir trouvé dans la souffrance) et des sévices physiques qu'il recherche par des provocations mêmes inconscientes. De leur côté, les parents éprouvent souvent une certaine jouissance à exercer leur violence sur l'enfant.

C'est ainsi que la violence, qui est ici une modalité privilégiée d'échange entre enfant et parents, devient pour l'enfant la seule manifestation ayant pour lui valeur d'attention à son égard. En tentant d'imaginer son ressenti, l'on pourrait le décrire ainsi : « Quand mes parents me frappent, ils s'intéressent à moi... ». Ce mode relationnel est parfois si profondément ancré qu'il constitue un véritable lien d'attachement (tout à fait pathologique bien entendu) entre l'enfant et ses parents. On comprend, dans ces conditions, la difficulté pour l'enfant à dénoncer les sévices dont il est victime, car il risquerait d'y perdre encore plus qu'à ne rien dire...

Plus largement, c'est toute la vie sociale et scolaire qui risque d'être affectée par cette modalité relationnelle, l'enfant ne cherchant l'autre qu'au moyen de provocations visant à se faire violenter.

Il est enfin une dernière modalité « d'adaptation » de l'enfant maltraité, plus rare dans ces périodes encore précoces, mais qu'il ne faut pas méconnaître : celle de l'identification à l'agresseur, l'enfant adoptant à son tour un comportement violent à l'égard de ses parents ou d'autres enfants.

- Conséquences à long terme

Le devenir à long terme de l'enfant victime de sévices dépend de nombreux facteurs.

Le pronostic somatique est principalement lié à la gravité des sévices initiaux. La moitié des enfants présenterait des séquelles permanentes.

Le pronostic psychique est lié :

- à la précocité de la révélation,
- à la précocité des mesures thérapeutiques mises en œuvre,
- au type de pathologie parentale (psychotique, perverse ou dépressive),
- aux circonstances de déroulement de la violence,
- à l'âge auquel la maltraitance a débuté, le très jeune âge étant un facteur de grande vulnérabilité psychique.

Cependant, il est fondamental, afin d'appréhender les répercussions, d'envisager l'enfant et sa famille dans leur globalité, en évaluant l'ensemble des dynamiques en cause (dynamique familiale, nature de l'investissement parental par rapport à cet enfant, histoire et mandat transgénérationnels éventuels, contexte éducatif général dans la famille...)

Sur le plan psychologique, deux niveaux de conséquences sont à envisager :

- L'impact de la maltraitance sur le développement des relations intrafamiliales ultérieures,
- L'impact sur le développement de la personnalité.

En ce qui concerne le développement des relations intrafamiliales, le lien sado-masochique explicité plus haut peut se structurer de manière durable voire définitive, limitant voire interdisant toute évolution favorable. Ce type de lien pourra le cas échéant se retrouver lorsque l'enfant victime de sévices deviendra parent à son tour, abandonnant alors une position masochiste pour une position sadique (identification à l'agresseur).

En ce qui concerne le développement de la personnalité, l'évolution peut être grave et aboutir en particulier à une pathologie dite « limite » (ou « borderline ») de la personnalité, c'est à dire une pathologie éloignée de la classique organisation névrotique. Cette personnalité « limite » se caractérise en particulier par une atteinte du narcissisme, c'est à dire de la conscience et de l'estime de soi. C'est ainsi que la baisse de l'estime de soi, en lien avec une dépression narcissique, rend le sujet dépendant des « objets » extérieurs, au détriment de sa propre capacité de mentalisation.

C'est ainsi que sont très fréquemment retrouvées, chez ces patients anciennement maltraités, toutes les pathologies de la dépendance : dépendance affective majeure, mais aussi toxicomanie etc. Les objets ainsi investis par le sujet dépendant ne sont en fait rien d'autre que des ersatz de substituts parentaux. L'intensité des sensations recherchées dans la relation à ces objets (qu'il s'agisse de personnes ou de produits) est pour ainsi dire à la mesure de l'excitation, pourtant folle et destructurante, que le passé lui a fait subir. Que ces objets viennent à manquer, et c'est tout le champ des passages à l'acte qui s'ouvre, au premier rang desquels figure la tentative de suicide.

Dépendance, défaut de mentalisation et d'introspection, propension aux passages à l'actes sont alors autant de facteurs susceptibles d'entraver considérablement le développement des relations sociales tout comme le cours de la scolarité et de la vie professionnelle.

5°/ Diagnostic clinique de maltraitance

La maltraitance commence lorsque la violence imposée à l'enfant prend un caractère démesuré, humiliant et sadique.

Les sévices peuvent être de plusieurs types :

- la maltraitance peut être active, qu'elle soit physique (coups) ou psychologique (humiliations, dépréciations, injures, exigences démesurées, contraintes irréalistes etc)
- elle peut également être passive et concerne également les deux domaines physique (carences de soins, négligences graves) et psychologique (carence d'investissement).

Il est important de souligner dans ce chapitre la nécessité de voir l'enfant seul, de le laisser s'exprimer par le dessin si les mots sont trop difficiles, de le mettre en confiance, tout en restant très clair sur le rôle de protection du médecin (il ne pourra pas garder le secret vis-à-vis d'actes graves subis par l'enfant. Il est par ailleurs préférable d'éviter les expertises répétées durant lesquelles l'enfant finit par se sentir en position d'accusé, ainsi que de limiter le nombre d'intervenants auprès de l'enfant.

Il est enfin important de souligner que si les signes physiques de maltraitance sont souvent assez facilement évocateurs, les signes psychiques sont en revanche plus difficilement imputables à la maltraitance, étant donné leur très grande diversité et leur peu de spécificité. Sont ainsi décrits des états de profonde inhibition, des états de grande instabilité, des états d'agressivité, des troubles à expression somatique etc.

- Signes cliniques de maltraitance active

Il est fastidieux et inutile de dresser une liste qui se voudrait exhaustive de l'ensemble des lésions rencontrées chez les enfants physiquement maltraités.

Nous insistons donc sur les principaux types de lésions ainsi que sur certains signes cliniques parfois discrets qui doivent attirer l'attention.

Le médecin sera alerté par :

- la localisation et la nature de certaines lésions (fractures anciennes non soignées par exemple),
- des signes physiques de négligence associés (mauvais état général, retard staturo-pondéral, état de dénutrition ou de déshydratation, carences alimentaires ou vitaminiques pouvant entraîner anémie et rachitisme),
- l'embarras des parents lors de l'anamnèse,
- le retard des consultations médicales,
- l'éventuelle disparition des lésions durant l'hospitalisation.

Les principales lésions rencontrées sont :

- **Au niveau de la peau :**
 - des ecchymoses, en particulier au niveau des fesses ou de la face,
 - des plaies localisées,
 - des brûlures, dont la plus évocatrice est la brûlure de cigarette,
 - des plaques d'alopecie, résultant de l'arrachement brutal des cheveux.
- **Au niveau osseux :**
 - fracture(s) d'os longs, récentes ou en voie de consolidation, voire parfois fractures anciennes négligées (cals vicieux),
 - décollements périostés consécutifs à une hémorragie sous-périostée abondante,
 - fractures du crâne,
 - fractures des os propres du nez et des cartilages (localisation fréquente).
- **Au niveau du système nerveux central :**
 - hématome sous-dural (fréquent),
 - hémorragies cérébrales,
 - hémorragies rétiniennes.
- **Au niveau viscéral,** des lésions peuvent venir compliquer certaines contusions thoraciques ou abdominales (rupture de la rate, du foie, du rein).

- Signes cliniques de négligence :

La négligence doit être considérée comme une maltraitance quand ses conséquences peuvent créer un dommage pour l'enfant. Il s'agit souvent de parents très jeunes, parfois alcooliques

ou toxicomanes, parfois déficients mentaux, la plupart du temps dans un grand isolement social. On peut envisager comme négligence :

- une alimentation ou une hydratation hasardeuses, irrégulières ou inadaptées (cause de dénutrition et de déshydratation, avec toutes les conséquences sur la croissance que cela peut avoir)
- un retard à consulter devant un symptôme de l'enfant (fièvre, douleur etc.),
- un retard à l'administration d'un traitement en cas de maladie,
- une absence de surveillance dans des situations à risque compte tenu de l'âge de l'enfant (bébé laissé seul, enfant jeune laissé seul dans une situation de danger, produits dangereux laissés à portée des enfants...). A ce titre, la répétition d'intoxications ou d'accidents chez un même enfant doit enfin attirer l'attention.
- La négligence peut enfin se situer davantage au niveau psychologique, par absence d'investissement de l'enfant par ses parents, repérable par des troubles des interactions parents-enfant.

- Formes cliniques en fonction de l'âge :

Syndrome des « enfants secoués » (« whip syndrome »)

Il s'agit de nourrissons violemment secoués, la tête ballottant dans tous les sens. Cette succession d'accélération et de décélération cérébrales brutales peut entraîner à cet âge la rupture des veines pont, formations fragiles qui se dirigent du cerveau vers la dure-mère. Le tableau neurologique peut être d'emblée inquiétant du fait de la répétition de ces traumatismes, entraînant des contusions cérébrales hémorragiques parfois sans aucun autre symptôme de mauvais traitements. On peut alors observer des hématomes sous-duraux, des hémorragies méningées et quasi constamment dans ce tableau des hémorragies intra-oculaires ou rétinienne. Le diagnostic en est parfois difficile en l'absence de traces de coups.

Chez le nourrisson

Les fractures accidentelles des os longs sont exceptionnelles : notamment les fractures transversales de la diaphyse fémorale, les fractures spiroïdes de la diaphyse humérale ne devraient jamais a priori être considérées comme banales. Il en est de même, à cet âge, des fractures de côtes, notamment postérieures, au voisinage de la jonction costo-vertébrale.

- A part : le syndrome de Münchhausen par procuration :

Ce syndrome est très rare (200 cas recensés dans la littérature pédiatrique depuis 1977).

Il s'agit d'une maladie de l'enfant :

- provoquée (par exemple : malnutrition par vomissements induits, lésions cutanées par injection locale de toxiques...)
- inventée (par exemple : description de crises épileptiques fictives par les parents),
- ou simulée (par exemple : diarrhée par adjonction d'eau aux selles),

par un parent.

Il peut aussi s'agir d'une maladie réelle de l'enfant, aggravée par la conduite parentale (traitement volontairement non donné, doses majorées...).

Les symptômes de l'enfant conduisent alors à son hospitalisation, mais les examens pratiqués ne retrouvent pas de causes classiques à la pathologie. Les parents provoquent alors des hospitalisations répétées, généralement dans différents services, se présentant toujours comme

désireux de savoir ce qui arrive à leur enfant, se montrant même souvent très actifs durant l'hospitalisation et les soins. Ils ne semblent pas en revanche aussi touchés que l'on pourrait l'imaginer par la gravité éventuelle des diagnostics évoqués par les médecins : tout se passe comme si l'important était que leur enfant soit reconnu « malade », comme si le statut d'enfant « malade » comptait par-dessus tout.

Il s'agit généralement d'un enfant de moins de 5 ans, dont la mère, appartenant souvent à une profession ayant un lien avec le monde médical, exerce activement les sévices, le père le cautionnant plus ou moins passivement, le tolérant ou même l'ignorant.

Le diagnostic de ce syndrome reste difficile et nécessite souvent une hospitalisation comprenant une séparation d'avec les parents, souvent difficile à négocier en l'absence de décision judiciaire.

6°/ Aspects thérapeutiques

- Prévention

Il est très important de repérer précocement les situations « à risque » (cf supra) et de développer en particulier l'accès au soutien psychologique durant les grossesses difficiles. Plus l'ambivalence vis-à-vis de l'enfant à naître pourra être rapidement verbalisée, moins elle risquera d'être agie plus tard.

- Aspects médico-légaux

Le médecin peut se retrouver confronté à différentes situations :

Le signalement

Le signalement de sévices pose toujours de délicats problèmes, d'autant plus que la maltraitance n'est le plus souvent que suspectée. Médecins et travailleurs sociaux répugnent souvent à faire ce signalement, craignant de détériorer la relation de confiance qu'ils ont pu établir avec la famille.

Contrairement à ce qui s'impose au simple citoyen sous peine de poursuites pénales, le médecin n'a pas obligation de signaler un enfant en danger aux autorités judiciaires ou administratives : il s'agit d'une dérogation au secret professionnel, la nuance est importante. En revanche, un signalement ne l'expose à aucune poursuite.

Mais, si le signalement n'est pas obligatoire de la part du médecin, ce dernier doit en revanche impérativement faire cesser la situation de danger sous peine d'être poursuivi pénalement.

En pratique, devant l'ampleur de l'enjeu, le signalement d'un enfant en danger est très fortement conseillé ; il est même systématique pour la plupart des praticiens.

Les sévices constatés sont signalés :

- soit aux autorités administratives (Président du conseil général qui saisit l'Aide Sociale à l'Enfance) dans les situations les « moins graves », dites « à risque de danger »,
- soit aux autorités judiciaires (Procureur de la République qui saisit le juge des enfants) lorsque l'enfant est en situation de danger immédiat et avéré.

Lorsqu'il s'agit d'un signalement aux autorités administratives, le service de l'A.S.E. peut apporter un soutien éducatif et économique ainsi qu'un étayage aux

familles en difficultés (suivi socio-éducatif). Les services de P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile) assurent de leur côté la surveillance médicale de l'enfant.

Lorsqu'il s'agit d'un signalement judiciaire, le Procureur de la République saisit le juge des enfants. Représentant de la loi auprès des parents, le juge a la possibilité d'utiliser les dispositions légales propres à imposer contrôle et surveillance de l'enfant et de sa famille. Cette surveillance peut s'effectuer par le biais des services de P.M.I. ou de l'A.S.E. :

- dans le cadre d'une Ordonnance de Placement Provisoire (O.P.P.) au foyer de l'enfance, visant à protéger immédiatement l'enfant le temps de l'enquête judiciaire.
- dans le cadre d'une mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O.), c'est à dire d'une enquête sociale auprès de l'enfant et sa famille,
- dans le cadre d'un placement institutionnel (foyer d'accueil) ou familial (famille d'accueil).

Dans les cas les plus graves, les parents peuvent faire l'objet d'une poursuite pénale, diligentée par un juge d'instruction.

Rappelons enfin qu'autorités administratives et judiciaires travaillent en étroite collaboration. Nous n'avons donc séparé l'administratif du judiciaire que par souci de clarté de l'exposé, mais il faut considérer ces deux organes comme étroitement liés l'un à l'autre dans la pratique quotidienne.

[Exemple de certificat de signalement judiciaire : suivez ce lien](#)

Expertise

Tout médecin peut être requis comme expert. Les autorités judiciaires (la brigade des mineurs généralement) enjoignent alors par écrit au médecin de pratiquer une mission d'ordre médical ou médicolégal. Il effectue alors un examen et rédige un certificat où il note son identité, sa qualité, le texte précis de sa mission, sa qualité de requérant, la date de sa réquisition, l'heure et le lieu de l'examen, la déclaration de la personne examinée, les données de l'examen médical détaillé ainsi que la durée de l'incapacité totale transitoire (pour l'enfant, c'est l'incapacité totale fonctionnelle d'accomplir les activités quotidiennes habituelles : se vêtir, faire sa toilette, aller à l'école, etc.)

Témoignage

Lors de procès, le médecin peut être amené à témoigner : il doit alors livrer les éléments qu'il détient ou invoquer le secret médical quand ceux-ci n'ont pas directement rapport avec la maltraitance.

- L'hospitalisation

L'hospitalisation est souvent indispensable.

Elle permet :

- de mettre immédiatement l'enfant à l'abri d'un éventuel péril imminent,
- de prendre le temps d'évaluer dans le détail une situation familiale et sociale par essence complexe,
- d'effectuer l'ensemble des examens nécessaires à l'appréciation du retentissement physique des sévices, et d'assurer, le cas échéant, les soins somatiques qui s'imposent,

- d'envisager une première approche des répercussions psychologiques des mauvais traitements infligés à l'enfant.

Ce temps d'hospitalisation est donc absolument capital. Il permet en particulier d'amorcer un travail de partenariat avec les différents professionnels qui suivront ultérieurement la situation, en même temps qu'il vise à préserver, autant que faire se peut, des liens familiaux considérablement fragilisés par la situation de signalement.

Le médecin peut exiger cette hospitalisation, à condition qu'il informe le Procureur de la République de la nécessité de celle-ci.

- La prise en charge psychologique et sociale de l'enfant et de sa famille

La thérapeutique des sévices à enfant nécessite :

- une prise en charge psychologique et sociale de l'ensemble de la famille maltraitante ;
- un bilan soigneux de la situation, comportant :
- une appréciation de la gravité des sévices et des risques de récurrence,
- une évaluation des conditions socio-économique de la famille,
- une évaluation de la personnalité des parents et de la nature du couple parental.

Étayage social

Il est le plus souvent indispensable. La famille a besoin de cet étayage, car rares sont les familles maltraitantes qui ne soient pas en difficulté sur le plan socio-éducatif.

Cet étayage peut s'effectuer dans plusieurs cadres possibles :

- soit dans le cadre d'une Action Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O.),
- soit dans le cadre de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.),
- soit dans le cadre d'un secteur de pédopsychiatrie.

Cet étayage permet à la famille de s'ouvrir sur l'extérieur, d'établir avec les travailleurs sociaux une relation de confiance, de reconnaître sa propre souffrance et celle qu'elle fait subir à l'enfant.

Si cette relation d'étayage est menée sur une période suffisamment longue, elle peut aider à une modification des relations entre les parents et leur enfant, et, dans le meilleur des cas, l'instauration d'un cadre éducatif positif.

Psychothérapies

La psychothérapie des parents est souvent proposée mais rarement acceptée du fait d'une très grande résistance de leur part à revivre leur propre passé, très souvent perclus de graves carences à la fois éducatives et affectives. Dans le meilleur des cas, l'acceptation d'une aide psychologique permet parfois une prise de conscience de leur souffrance, leur permettant d'échapper à la répétition de leurs conduites maltraitantes.

En ce qui concerne la psychothérapie de l'enfant, elle n'est envisageable que lorsque celui-ci bénéficie d'un cadre de vie satisfaisant, résultat de la prise en charge initiale. Cette psychothérapie est souvent difficile, car elle amène l'enfant à revivre, dans le transfert avec son thérapeute, les traumatismes dont il a souffert. C'est à travers cette relation dite « transférentielle » avec le psychothérapeute que ces traumatismes pourront prendre sens et s'élaborer progressivement au niveau psychique.

La séparation

Chaque fois qu'il est possible, le maintien de l'enfant dans sa famille paraît souhaitable. Cependant, devant le risque d'une répétition des sévices, séparer l'enfant de son milieu familial constitue parfois la seule issue pour assurer sa protection.

La séparation est prononcée par le juge des enfants, après évaluation du danger dans lequel l'enfant se trouve.

Le juge va ordonner le placement, toujours provisoire dans un premier temps (O.P.P.), dans une famille d'accueil ou une institution.

Quelles que soient les modalités d'accueil, elles permettent un réaménagement des relations entre l'enfant et ses parents. Il s'agit donc de protéger l'enfant des sévices tout en préservant ce qu'il est possible de préserver du lien entre l'enfant et ses parents.

L'adoption d'un enfant maltraité est une troisième éventualité. Elle est possible soit par consentement des parents à l'adoption, soit par intervention judiciaire après prononciation de la déchéance parentale.

LES ABUS SEXUELS

Ce chapitre ne s'intéresse qu'aux particularités des abus sexuels au sein de la vaste question, largement développée dans le premier chapitre, qu'est la maltraitance à enfant.

Il faut d'emblée distinguer les abus sexuels intra-familiaux (inceste) des abus sexuels extra-familiaux. En effet, les déterminants tout comme les conséquences psychiques sont bien différents selon que l'on considère les premiers ou les seconds.

1°/ Abus sexuels intra-familiaux

Les abus sexuels intra-familiaux sont plus fréquents au moment de la puberté, les plus souvent rencontrés étant l'inceste père/fille ou beau-père/belle-fille. L'inceste mère/fils est rare et implique le plus souvent dans ce cas un trouble du registre psychotique chez la mère. Par souci de commodité, nous parlerons de « la victime » pour désigner l'adolescent(e).

Aucun milieu socioculturel n'est épargné par le phénomène de l'inceste.

Pour mieux comprendre...

Pour avoir une idée des causes profondes de l'inceste, retenons que celles-ci sont en lien avec la non résolution du complexe d'Oedipe, qui, on le rappelle, instaure normalement la loi fondamentale de l'interdit de l'inceste. Cette loi, en particulier, est à l'origine de tout le code hiérarchique des générations, de la distribution des rôles et de la place de chacun au sein du groupe familial et social. Elle pose les limites tant physiques que psychiques entre les personnes. Le principe essentiel d'intégrité de la personne repose donc sur cette loi symbolique universelle.

Dans le cas de l'inceste, à la loi symbolique se substitue la loi du silence. C'est ainsi que l'inceste se pérennise, fondé sur le secret et la menace qui pèse sur sa révélation.

Concernant la révélation de l'inceste, celle-ci met souvent beaucoup de temps à pouvoir se faire, du fait du caractère innommable de la violence subie, mais aussi du fait du conflit de loyauté auquel le ou la jeune est confronté.

Cette violence subie sera de ce fait généralement exprimée par des manifestations variées souvent peu spécifiques tels :

- **dans le registre somatique :** des troubles fonctionnels divers (céphalées, douleurs abdominales, troubles gynécologiques...),
- **dans le registre des comportements agis :**
 - des troubles des conduites (fugues, conduites à risques comme par exemple des conduites toxicomaniaques, une anorexie),
 - des accidents à répétition,
 - un passage à l'acte suicidaire,
- **dans le registre scolaire :** un échec scolaire

C'est devant l'insistance des troubles et l'absence d'orientation clinique claire que l'interlocuteur devra évoquer l'hypothèse de l'inceste.

Cette hypothèse peut être renforcée par :

- certains moyens d'expression tels le dessin ou l'écriture (qui évoqueront le traumatisme sexuel),
- mais aussi par certains fonctionnements familiaux évocateurs :
 - Répétition de carences et de maltraitances sur plusieurs générations ;
 - Délimitations générationnelles floues, avec confusion des rôles entre membres de la famille, en particulier entre parents et enfants ;
 - Troubles précoces de la parentalité.

La prise en charge s'effectuera à différents niveaux (simplement rappelés ici car déjà détaillés plus haut) :

- **Niveau médical** (hospitalisation afin de protéger la victime) ;
- **Niveau juridique** (signalement au Procureur de la République)
- **Niveau psychologique** (à la fois individuel et familial, afin de tenter d'infléchir la répétition de la transaction incestueuse au fil des générations) ;
- **Niveau éducatif** (mise en place de mesures éducatives aidant les membres de la famille à mieux repérer sa place) ;
- **Niveau social.**

Cette prise en charge est donc nécessairement **pluridisciplinaire**, dans le cadre d'un travail en réseau.

2°/ Abus sexuels extra-familiaux

Tout traumatisme lié au viol, souvent avec effraction de la virginité à l'adolescence, risque d'entraver l'épanouissement psychosexuel de la victime, d'autant que la honte et la culpabilisation en ont maintenu le secret, empêchant toute élaboration mentale de l'événement traumatique et de sa place dans la vie psychique du sujet.

Contrairement au cas de l'inceste, la question de la dégradation des images parentales ainsi que celle de la répétition de la violence sexuelle de générations en générations ne se

pose que rarement, et ce d'autant moins que la personnalité du patient est déjà constituée.

Quelques références bibliographiques...

- Encyclopédie Médico-Chirurgicale de pédopsychiatrie : 37-204-H-15
- P. Ferrari, « Sévices à enfant », In : actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Médecine-Sciences, Flammarion, 152-162.

[Retour Accueil du site](#)

[Retour sommaire Enseignement](#)