

Maltraitance et enfance en danger

Rédaction : D Sibertin-Blanc, C Vidailhet - Relecture : L Martrille (Médecin légiste), JP Visier, M Maury - Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs¹ :

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. Définitions

1.1. Maltraitance à enfant

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

Cette définition s'applique aux sévices suivants :

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

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

1.2. Notion « de mineurs en danger »

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

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

- ▶ Parmi les enfants maltraités on différencie les enfants victimes de violences physiques, d'abus sexuels, de négligences lourdes ou de violences psychologiques.
- ▶ Les « enfants à risque » sont les *mineurs exposés à des conditions d'existence susceptibles de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité ou leur éducation*, c'est à dire ceux susceptibles d'être maltraités.

2. Epidémiologie de la maltraitance

Les données sont imprécises en raison :

- du silence des enfants maltraités lorsqu'ils sont en âge de parler,
- du déni habituel des parents lorsque les sévices sont découverts ou révélés par l'enfant,

¹ NB : les signes physiques de maltraitance, le diagnostic différentiel, les examens complémentaires à demander ne sont pas abordés ici mais doivent être connus. Voir la question rédigée par les pédiatres ou le polycopié national complet.

- de la difficulté des professionnels à les reconnaître
- de leur réticence à en faire le signalement une fois reconnus,
- de l'absence de critères cliniques définissant le champ de la maltraitance.

Augmentation actuelle du nombre de cas signalés en raison :

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

Quelques chiffres :

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

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

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

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

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

3. Signes comportementaux

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

3.1. Chez le nourrisson

L'observation des interactions avec ses parents peut montrer :

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

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

3.2. Chez l'enfant d'âge scolaire

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

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

3.3. Chez l'adolescent

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

Des idées ou des conduites suicidaires sont parfois révélatrices.

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

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

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

4. Contexte familial

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

Indices évocateurs :

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

→ Les indices suivants sont toujours des éléments primordiaux :

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

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

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

- Notion d'hospitalisations antérieures répétées, en particulier pour des traumatismes mal expliqués, des accidents domestiques, signes possibles d'une négligence parentale.

→ Le carnet de santé (à condition que l'enfant ait été suivi) permet éventuellement d'en retrouver les traces et de reconstituer les courbes pondérale et staturale.

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

- Comportement des parents au cours de l'hospitalisation :

 - . certains font de rares visites souvent intempestives en manifestant peu d'émotion,

 - . d'autres au contraire sont très démonstratifs, mais avec un discours infiltré d'agressivité contre l'enfant mais aussi contre les soignants,

 - . d'autres enfin ne demandent aucune nouvelle de leur enfant ou fuient les rencontres avec les soignants.

- Notion d'antécédents de maltraitance pour un autre enfant de la fratrie, voire d'un décès suspect trop rapidement déclaré accidentel ou « mort subite » si c'était un nourrisson.

5. Facteurs de risques

5.1. Une conjugaison de facteurs de risques

► 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...).

► **Des parents ou des adultes à risque**

- *En raison de conditions sociales et familiales* : deuil, séparation, déracinement, isolement, chômage (l'inactivité d'un des parents, ou du parent en cas de famille monoparentale, au sens large semble un facteur de risque important), famille monoparentale, parents jeunes,...
- *En raison d'une situation de violence conjugale et familiale* auxquelles viennent parfois s'ajouter l'alcoolisme ou la toxicomanie.
- *En raison de troubles de leur personnalité* (trouble du caractère, immaturité, instabilité) plus souvent qu'une pathologie mentale avérée, avec des capacités très limitées d'investir l'enfant dans la continuité et de s'identifier à ses besoins.
- *En raison d'une faille de la personnalité jusque là plus ou moins masquée*, en lien avec une expérience traumatique antérieure, survenue par ex. chez la mère lors d'une grossesse (interruption médicale de grossesse, mort périnatale...) réalisant un tableau de « névrose traumatique post-obstétricale », à l'origine d'une dépression du post-partum.

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

► **Une famille à risque**

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

► **Une période de plus grande vulnérabilité**

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

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

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

5.2. L'interaction maltraitante

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

5.2.1. Du côté des parents :

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

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

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

En quête d'un objet consolateur idéal qu'ils n'ont jamais pu ni su rencontrer ou garder, ils sont sans cesse déçus avec sentiment d'injustice et de persécution, ne cessant d'attribuer à autrui la cause de leur malheur. Il en va de même avec l'un de leurs enfants, appelé à prendre cette place de « bouc émissaire » sans rien en attendre d'autre que de l'ingratitude.

5.2.2. Du côté de l'enfant :

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

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

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

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

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

6. Les abus sexuels

6.1. Définition des abus sexuels

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

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

6.2. Les signes révélateurs

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

- ▶ Mais le plus souvent les signes sont indirects, non spécifiques, traduisant surtout un surcroît d'excitation. On doit être alerté par la survenue inexplicite :
 - de symptômes dépressifs, de troubles du sommeil, de troubles alimentaires ou sphinctériens, d'une baisse de l'efficacité scolaire.
 - d'une inhibition intellectuelle, affective ou sociale, d'un mutisme électif ou une véritable phobie sociale.
 - de conduites d'opposition au moment de la toilette périnéale et un refus vigoureux d'être déshabillé lors de l'examen médical.
 - d'attitudes agressives ou des provocations à connotation sexuelle.
 - de conduites masturbatoires compulsives que la présence d'autrui n'arrête pas, avec des essais répétés avec ou sans violence d'attouchements sexuels sur d'autres enfants.
- ▶ Chez une adolescente, sont évocateurs :
 - la survenue inopinée de douleurs abdominales ou pelviennes, de céphalées, d'une dysurie, de troubles comportementaux auto et/ou hétéroagressifs (fugues, délinquance, tentatives de suicide).
 - des troubles des conduites addictives (toxicomanie, boulimie, hyperphagie aboutissant à une obésité, véritable "carapace" contre la séduction).
 - une grossesse.

6.3. Fréquence des abus sexuels

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

6.4. Les auteurs d'abus sexuel

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

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

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

3 fois sur 4, cet abus est exercé par un membre de la famille ou un proche.

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

6.5. L'inceste

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

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

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

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

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

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

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

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

La révélation de l'inceste pose chaque fois le problème de la crédibilité de la parole de l'enfant, en particulier lorsqu'il est pris dans la tourmente d'une séparation parentale. Très influençable, il peut être alors utilisé dans le conflit qui oppose ses parents.

7. La maltraitance psychologique

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

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

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

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

3 éléments à bien avoir à l'esprit :

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

8. Le syndrome de Münchausen par procuration (SMPP)

8.1. Définition

Egalement appelé syndrome de Meadow, le diagnostic de SMPP repose sur 4 critères :

- ▶ Survenue chez un enfant d'une maladie simulée et/ou produite par un parent.
- ▶ 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.
- ▶ Dénier de la connaissance de la cause de la maladie par le parent responsable.
- ▶ 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.

8.2. Signes d'appel du SMPP

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.

8.3. Attitude des parents dans le SMPP

- 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.

8.4. Evolution des SMPP

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.).

Taux de mortalité 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...

9. 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.

9.1. Code de Déontologie Médicale

Article 4 :

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

Article 44 :

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

9.2. Code Pénal

► **Obligation de signaler :**

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

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

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

► **Dérogation pour les personnes tenues au secret professionnel :**

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

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

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

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

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire ;»

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

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

► **Non assistance à personne en danger :**

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

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

9.3. 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.)

9.4. Comment rédiger les documents ?

► **Le certificat médical :**

- Il est rédigé avec prudence et objectivité sur papier libre à en-tête par un médecin thésé, 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.

► **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.

► **4 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.

► **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.

9.5. En pratique

- 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 elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, mais ils n'y sont pas obligés. 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 ». Il se trouve en fait souvent en difficulté en pratique libérale, car 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. Le médecin qui demande l'hospitalisation doit avoir la confirmation que l'enfant a bien été hospitalisé et avoir prévenu l'équipe d'accueil.
- Dans 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 ici obligatoire et l'abstention inacceptable ».

10. 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 primordial.

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.

2 cas de figure se présentent :

10.1. 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 ex. 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.

10.2. 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,

► *2 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 des 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).

10.3. Ecueils 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.

11. Prise en charge psychologique de l'enfant maltraité et de sa famille

3^{ème} volet du traitement, après les volets judiciaire et médical.

Commence avec la mise en place du dispositif médical et judiciaire, destiné 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 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 défailante, 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 récives de maltraitance.

Ses modalités sont complexes, évolutives 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.

► 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 la maltraitance.

► 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 des enfants, un rythme de rencontres régulières entre eux.
- Elles ne doivent pas masquer le problème central : la violence des relations entre eux. 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.

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

- Se différencier sans se cliver, du pôle judiciaire qui en est souvent l'inspirateur, sinon le prescripteur est souvent soupçonné de ne pas préserver la confidentialité.
- Convaincre les parents, généralement réticents, de collaborer.
- Surmonter les réticences de l'enfant, très défensif, pour qu'il participe aux traitements proposés,
- Faire face aux discontinuités dans le suivi des décisions.

12. Conclusion

Les situations de maltraitance imposent une lecture à plusieurs niveaux : médical et/ou chirurgical, psychopathologique (individuel, familial, inter et transgénérationnel) mais aussi social et juridique.

Pour cette raison, leur approche clinique et thérapeutique requiert 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.