

Auteure de l'article : **Dr Elisabeth Martin-Lebrun**,

Pédiatre, expert près la cour d'Appel d'Aix en Provence.

Ouvrages : *Les enfants du divorce* avec Gérard Poussin chez Dunod
Pédiatrie ambulatoire avec Véronique Desvignes Éditeur Doin

*Cet article est inclus dans le livre de « pédiatrie ambulatoire »
dans la collection Progrès en Pédiatrie – Éditeur Doin 2019*



Points essentiels

- La notion « d'enfant maltraité » a laissé la place à la notion « d'enfant en danger ».
- Écouter ce que l'enfant dit, observer les éléments qui peuvent alerter et éliminer les diagnostics différentiels sont essentiels.
- Une grande prudence est nécessaire dans la rédaction des certificats médicaux, des informations préoccupantes ou des signalements.

Introduction

Les faits de maltraitance chez l'enfant constituent un réel problème de santé publique du fait de leurs gravités et de leurs répercussions physiques et psychologiques. Peu de signalements sont faits par des médecins libéraux en raison du déni des soignants mais aussi de l'insuffisance de leur formation car la maltraitance à enfants reste « inimaginable » pour la majorité des médecins.

La mise en place de formations et d'actions de sensibilisation s'inscrit dans l'une des recommandations de la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie [20.1].

La notion « d'enfants maltraités » a laissé la place à la notion « d'enfants en danger ». Ce changement de terminologie traduit l'évolution de la société qui met l'accent sur la prévention de la maltraitance et la prise en compte des situations dites à risque.

Le rôle du Conseil Général est renforcé dans le dispositif de dépistage et de protection (loi du 5 mars 2007) : il reçoit et gère les informations préoccupantes par l'intermédiaire des Cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP).

Le signalement à destination du Procureur de la République ne concerne plus que les situations de danger avéré qui nécessitent une protection judiciaire (abus sexuel, danger vital).

En pratique libérale, le médecin est confronté à des situations très différentes : l'urgence vitale (traumatismes, brûlure, syndrome du bébé secoué, hématome sous dural) comme l'urgence non vitale (viol, dénutrition, fractures) sont cliniquement facilement repérables. Il est plus difficile de les rattacher à un acte malveillant plutôt qu'à un accident. La conduite à tenir peut être plus simple car l'orientation vers une structure hospitalière permet de ne pas assumer l'aspect médico-légal (mais il faut s'assurer que l'enfant y soit bien conduit par ses parents) ; la difficulté majeure reste la situation de forte suspicion de maltraitance ou de simple doute ressenti au cours d'une consultation. Il est nécessaire d'analyser les éléments cliniques inquiétants, de mener la consultation de façon rigoureuse afin de rechercher les signes de « bonne traïtance » comme les signes de maltraitance et de tout consigner par écrit dans le dossier.

Quel que soit le contexte, une grande prudence est nécessaire dans la rédaction des certificats médicaux, informations préoccupantes ou signalements.

Définitions et épidémiologie

■ Définitions

Les définitions sont nombreuses traduisant la multiplicité des situations qui peuvent nuire à l'enfant ou entraver son développement.

Une distinction est faite entre l'enfant en danger et l'enfant maltraité.

L'enfant en danger est « tout enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité ». C'est toute la difficulté des situations « à risque » qui nécessitent d'apprécier un faisceau d'éléments qui, pris séparément, ne sont pas alarmants mais qui, conjugués, justifient la mise en place de mesures de protection par les services sociaux.

L'enfant maltraité est pour l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) celui « qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuel, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » [20.2].

La « cruauté mentale » est « l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales, menaces verbales répétées, marginalisation (isolement), dévalorisations systématiques, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. »

Les abus sexuels sont définis par l'OMS (janvier 2010) comme « toute atteinte sexuelle commise avec force, contrainte, ou à la faveur d'un rapport inégal ; la menace d'une atteinte constituant aussi un abus sexuel » [20.3].

Pour Henry Kempe, c'est la « participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psycho-sexuel, qu'il subit sous la contrainte par violence ou séduction ou qui transgressent les tabous sociaux ».

Épidémiologie

Il est impossible d'avoir une approche réelle de la situation de maltraitance en France car les chiffres diffèrent selon les modalités de recueil des données. Les définitions sont assez floues, les disparités entre les différents départements sont grandes.

Selon l'ODAS, en 2006, 98 000 enfants de moins de 21 ans en danger ont été signalés, dont 19 000 enfants maltraités soit 2,7 à 11,8 pour 1 000 (selon les départements).

D'après l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), 273 000 enfants de moins de 18 ans ont bénéficié d'au moins une mesure en 2010 soit 1,9 % de la tranche d'âge des 0-18 ans.

Selon l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales, les mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15 ans étaient au nombre de 6 038 en 1996, 14 485 en 2007 et 17 889 en 2011.

La sous-estimation de la maltraitance et des homicides (qui est souvent une maltraitance chronique qui « tourne mal ») est certainement hautement probable. Une étude de l'Inserm en a montré qu'un tiers des morts accidentelles et un quart des « morts inconnues » codées au Cépidec¹ sont en fait des homicides.

Dans les pays à haut niveau de revenus, 10 % des enfants sont maltraités ou négligés selon des études publiées par le Lancet en 2009².

Consultation en cas de suspicion de maltraitance

Au cours de la consultation, le médecin libéral repère les éléments cliniques qui l'interpellent.

Il peut s'agir de signes physiques de :

- maltraitance par action (coups, blessures, lésions cutanées, fractures) ;
- maltraitance par omission (négligence, manque d'hygiène, de soins, dénutrition, carences éducatives, rythmes de vie inadaptés) ;
- maltraitance sexuelle s'il existe des séquelles d'agression sexuelle : pénétration génitale ou orale.

Il peut s'agir de dires de l'enfant et/ou de ses parents faisant évoquer :

¹ . Cépidec-Inserm : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Il s'agit du service de l'Inserm qui assure l'établissement des statistiques nationales de mortalité.

² . Gilbert R et col. Lancet 2009, vol 373, 68 – 81.

- une maltraitance psychologique : humiliations, menaces, dévalorisations, contraintes éducatives inadaptées ;
- une maltraitance sexuelle : contacts sans pénétration (oraux, urogénitaux, masturbations), voyeurisme, exhibitionnisme, mises en scène médiatisée (photos, vidéos).

Dans les faits ces situations sont gérées de façon très différente et feront l'objet de deux chapitres distincts dans la suite de l'exposé.

Contexte

Quelle que soit la situation, il est nécessaire de repérer dans quel contexte se déroule l'entretien clinique.

Pour cela, le médecin libéral doit se poser un certain nombre de questions.

- Est-ce qu'il s'agit d'une situation de maltraitance avérée : violence physique, cruauté mentale, négligence lourde, abus sexuel ou d'une situation d'enfant en risque de maltraitance ?
- Est-ce qu'il y a une situation de danger ou est-ce une situation dans un contexte normal ?
- Est-ce qu'il s'agit :
 - d'un accident ou d'un comportement volontaire ?
 - d'une punition excessive isolée ou d'un abus de pouvoir parental installé ?
 - de méconnaissance des besoins de l'enfant ou de sévices ?
 - d'une lésion génitale variante de la normale ou d'une lésion traumatique ?
 - de troubles psychiques d'origine multifactorielle ou survenant dans un contexte d'agression (unique ou répétée) ?

Interrogatoire

Pour répondre à ces questions, le médecin libéral s'appuie d'abord sur l'interrogatoire.

Il faut préciser :

- les circonstances de survenue des lésions ;
- les signes fonctionnels décrits par l'enfant, les parents. Le recueil des dires de l'enfant peut se faire en relation duelle si le médecin libéral y est habitué ;
- les troubles psychologiques rapportés par les parents, l'école.

Pour apprécier plus globalement l'ensemble de la situation, les éléments en faveur d'une « bonne traitance » doivent être recherchés.

- Les conditions de vie de l'enfant : l'existence de contacts sociaux diversifiés, une scolarisation adaptée (pas d'absentéisme non justifiées, relations satisfaisantes avec les pairs, apprentissages scolaires correspondant à son âge...) sont en faveur d'un environnement adéquat aux besoins de l'enfant.
- Les éléments du discours des parents : les termes employés pour parler de leur enfant restent positifs malgré les plaintes justifiant la consultation : son caractère, son comportement, ses centres d'intérêts.
- Les faits décrits sont cohérents avec les lésions ou troubles observés et les mises en scène évoquées sont plausibles.
- Il existe une adéquation entre le discours des parents et celui de l'enfant concernant ses besoins ou ses ressentis.
- Les interactions semblent adaptées entre les parents et l'enfant au cours de l'examen (échanges de regards, attentions réciproques, contacts physiques adéquats).
- Les affects exprimés par les parents sont positifs et adaptés.

Les facteurs de risques de maltraitance sont ensuite recherchés :

- dans l'histoire de l'enfant : une prématurité, une situation de handicap, des troubles du comportement, de l'alimentation, des problèmes de sommeil, des pleurs nocturnes permanents fragilisent les parents et peuvent les mettre en difficulté dans les soins qu'ils doivent apporter à leur enfant ;
- dans le carnet de santé : il renseigne (lorsqu'il est bien tenu ce qui devrait être la règle) sur la réalisation de visites régulières ou non, des vaccinations (à jour ou non), sur la croissance de l'enfant (courbes de poids, taille et périmètre crânien) ;
- dans le contexte familial : tout « accident » de la vie peut fragiliser le(s) parent(s) et perturber la mise en place d'interactions adaptées aux besoins de l'enfant comme une séparation, un deuil, la violence intrafamiliale, le placement des parents dans l'enfance, l'alcoolisme, la toxicomanie, une

psychopathologie chez les parents (dépression, immaturité psychoaffective), une situation matérielle précaire, un isolement social.

Mais attention : un ou plusieurs facteurs de risque ne sont pas la preuve du risque.

Examen clinique complet

Il comprend l'examen de la peau et du cuir chevelu, de la bouche et des organes génitaux ainsi que l'examen neurologique et sensoriel complet. Il doit également rechercher les éléments en faveur d'un diagnostic différentiel [20.4].

Chaque lésion doit être décrite précisément : topographie, dimensions, aspect, couleur ainsi que les signes fonctionnels qui s'y rattachent.

Maltraitements par action

C'est de la pathologie traumatique fréquente et banale mais certains éléments doivent alerter.

■ Hématomes cutanés

Contrairement aux hématomes « banaux » localisés au niveau des zones de contact (front, menton, face postérieure des avant-bras et coude, face antérieure des tibias et genou), les hématomes secondaires à des coups sont plus fréquemment retrouvés au niveau des zones soit « molles » soit non directement exposées aux chocs ou aux chutes : les faces latérales de la tête comme les joues (gifle, pincement), les oreilles (pincement), la bouche, les bras ou les avant-bras correspondant à des prises circulaires ainsi que les cuisses et les chevilles, les doigts (torsions), le dos, le ventre, les fesses, les organes génitaux.

Les lésions sont d'âges différents.

L'évolution habituelle d'un hématome est approximativement la suivante : pendant 2 jours, il existe un œdème au niveau de l'ecchymose. La couleur passe pendant les cinq premiers jours du rouge au violet puis au bleu pour devenir entre 5 et 10 jours de couleur jaune/vert et virer enfin au marron entre le 10^e et 15^e jour. L'hématome disparaît entre 2 et 4 semaines.

Il faut avoir éliminé un syndrome hémorragique (purpura thrombopénique idiopathique, hémophilie), un syndrome génétique (syndrome d'Ehlers-Danlos), des taches mongoloïdes, etc.

■ Plaies

Elles sont très variables : les griffures et traces de liens sont évocatrices de maltraitance. La taille de l'empreinte de la morsure permet de déterminer s'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant mordeur (adulte > 2,5 cm). La rupture du frein de la langue peut se voir en cas de forçage alimentaire.

■ Alopécie

Une plaque d'alopecie peut être en rapport avec l'arrachage d'une touffe de cheveux.

■ Brûlures volontaires

Elles présentent des caractéristiques particulières :

par leur localisation au niveau des extrémités (mains, pieds, fesses) ;

par leur intensité (brûlures plus profondes car lorsque l'enfant se brûle accidentellement il retire aussitôt sa main, son pied ou ses fesses) ;

les plis sont atteints (plis palmaires, plis fessiers) car une pression est exercée sur l'enfant pour le contraindre à ne pas bouger, contrairement aux cas où l'enfant se brûle et retire aussitôt la partie exposée ;

par leur aspect circulaire pour les brûlures de cigarettes, ou en chaussettes pour les pieds, en forme de gants pour les mains (les bords sont moins réguliers en cas de brûlures accidentelles) ;

il n'y a pas d'éclaboussures comme quand l'enfant se plonge dans un liquide chaud.

■ Fractures

Certaines caractéristiques sont plus évocatrices de maltraitance : les fractures sont multiples et d'âges différents (syndrome de Silverman), situées au niveau du crâne, des côtes, du sternum, du rachis, proches des

articulations des épaules (disjonction acromio-claviculaire), des coudes, des poignets et des chevilles (arrachements métaphysaires).

Les fractures évoluent dans le temps avec :

- entre 4 et 10 jours, gonflement des tissus mous et trait de fracture à la radiographie (parfois très discret chez le nourrisson avec impotence fonctionnelle modérée) ;
- entre 10 et 14 jours, réaction périostée ;
- entre 14 et 21 jours, disparition du trait de fracture et apparition d'un cal fibro-cartilagineux ;
- entre 21 et 42 jours, épaissement périosté et cal osseux plus dense ;
- entre 6 et 12 mois, remodelage osseux.

Il faut éliminer une ostéogénèse imparfaite, une fracture sur os déminéralisé (rachitisme, radiothérapie), un syndrome génétique (syndrome de Menkès), une anomalie congénitale, un scorbut, un rachitisme.

▪ **Hématomes sous-duraux et syndrome du bébé secoué**

Ils ne sont pas diagnostiqués par le pédiatre libéral mais il faut y penser devant toute modification de comportement chez un bébé et toute augmentation du périmètre crânien rapide.

Ils peuvent se révéler de façon plus dramatique par des convulsions, une perte de connaissance, une pâleur extrême.

Les hématomes sous-duraux peuvent être secondaires à un choc ou une chute provoqués par un parent mais aussi par un membre de la fratrie ou une personne en charge de l'enfant à l'insu des parents.

Le syndrome du bébé secoué est évoqué devant l'association d'un hématome sous-dural ou sous-arachnoïdien, d'hémorragies rétiniennes au fond d'œil, et d'absence de toute autre cause (lésion traumatique externe, maladie de la crase sanguine). Les circonstances sont parfois évoquées par les parents (secousses violentes du bébé avec mouvements inverses du torse et de la tête responsables de la déchirure des veines ponts au niveau de la base du crâne) mais le plus souvent les explications sont incohérentes ou peu plausibles ne pouvant expliquer les lésions constatées. Parfois c'est la réaction face à un malaise du bébé qui est justifié pour expliquer les secousses.

En aucun cas il ne peut s'agir d'un simple jeu ou d'une maladresse

C'est la principale cause de décès consécutifs à de mauvais traitements (8-15 % selon les études). Les séquelles peuvent être gravissimes. Les conséquences médico-légales sont complexes.

Il faut donc y penser et les rechercher même devant des signes frustrés de troubles du développement (scanner cérébral, FO).

Le taux de récurrence du secouement est élevé, estimé à plus de 50 % des cas, soulignant l'importance de reconnaître le syndrome pour en prévenir la récurrence.

▪ **Maltraitances par carences éducatives**

Elles ne peuvent être considérées comme signes de maltraitances que lorsqu'elles sont préjudiciables au développement de l'enfant.

Les hypotrophies staturo-pondérales ne sont expliquées par aucune autre cause qu'un manque d'apports alimentaires adaptés. Elles sont diagnostiquées après amélioration en milieu hospitalier.

Les retards psychomoteurs sont souvent attribués à un manque de stimulation (enfant laissé dans son transat devant la télévision) mais une analyse sémiologique fine permet souvent d'évoquer une cause neurologique ou développementale. La prise en charge en psychomotricité au sein d'un Centre Médico-Psychologique permet d'apprécier l'évolution de l'enfant stimulé de façon adéquate avec l'expertise de professionnels spécialisés.

Les intoxications, les accidents à répétition évoquent plus rarement la maltraitance du fait de la multiplicité et de la banalité des signes d'appel (céphalées, troubles digestifs) ainsi que du discours des parents qui mettent en avant l'aspect accidentel. C'est la répétition des signes qui peut alerter (surtout si les parents consultent le même médecin).

Les rythmes de vie inadaptés aux besoins de l'enfant sont très difficiles à appréhender car les normes familiales peuvent être très différentes des normes sociales : c'est le plus souvent l'école qui est alertée par le comportement de l'enfant dans la journée, qu'il ait souvent sommeil ou que son comportement soit trop agité et opposant.

L'absence de vaccinations obligatoires est un signe de maltraitance par carence de soins. La responsabilité du médecin qui suit l'enfant est engagée en cas d'évolution défavorable au décours d'une diphtérie, d'une poliomyélite et d'un tétanos.

■ **Maltraitements psychologiques et cruautés mentales**

Elles sont les plus difficiles à gérer en cabinet libéral.

Lorsqu'elles sont accompagnées de maltraitements physiques, le praticien est plus facilement alerté.

Lorsqu'elles sont isolées (dévalorisations constantes, humiliations, menaces disproportionnées, contraintes éducatives inadaptées à l'âge de l'enfant), elles sont plus difficiles à mettre en évidence pendant la consultation.

Le médecin peut parfois percevoir dans le discours du (des) parents un rejet actif de l'enfant, un dénigrement systématique de tout ce qu'il fait, l'abus de punitions disproportionnées et imprévisibles qui le terrorisent, d'isolements imposés dans un endroit confiné, une indifférence à sa demande affective voire, dans les situations extrêmes, une exploitation ou une corruption.

Ce sont parfois les conséquences des maltraitements psychologiques qui justifient la consultation : échec scolaire, inhibition, tristesse, passivité ou au contraire accès d'agressivité, fugues, passages à l'acte dangereux, tentatives de suicide. La dépression est souvent présente s'exprimant différemment selon l'âge de l'enfant et le contexte familial et socio-économique. Chez le nourrisson, les conduites d'évitement, la « vigilance gelée » doivent alerter.

L'entretien en relation duelle avec l'adolescent permet de faire le lien entre sa souffrance et l'attitude parentale.

Les interactions négatives peuvent être évoquées avec le ou les parents présents selon la qualité de la relation créée avec eux. Cela nécessite beaucoup de doigté (et d'expérience) pour faire évoluer leur regard sur l'enfant sans rompre le lien de confiance. Une guidance parentale s'impose pour s'assurer de l'évolution familiale. Sinon, en faisant semblant d'adhérer au discours des parents (« votre enfant est vraiment difficile » ou « il est vraiment en souffrance ») une prise en charge vers un CMP ou un centre d'accueil des adolescents peut être proposée – il est alors préférable de contacter le médecin psychiatre afin de lui faire part des craintes qui sont apparues lors des consultations.

Le Syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) est très difficile à mettre en évidence d'autant que le médecin y participe : le SMPP associe une maladie alléguée ou provoquée chez l'enfant par son parent (le plus souvent la mère ayant une activité professionnelle dans le domaine médical) pour laquelle des prescriptions d'examen complémentaires ou de soins sont réalisés de façon répétée et invasive. Les symptômes s'amendent lorsque l'enfant est séparé du parent qui nie toute responsabilité de sa part dans l'apparition des pathologies.

Le SMPP est d'autant plus grave que l'enfant est jeune (< 2 ans), qu'il existe des signes vitaux (apnées, malaises évoquant une suffocation intentionnelle ou une intoxication) et/ou des antécédents de mort subite inexplicée du nourrisson dans la fratrie.

Une nouvelle forme de maltraitance entre pairs voit le jour actuellement : l'enfant devient le souffre-douleur d'un autre enfant ou le plus souvent d'un groupe de pairs au sein de l'école ou du collège [20.5]. Menacé en cas de dénonciation, il subit régulièrement des brimades, humiliations, coups sans que les autres élèves n'interviennent. Quand les parents sont alertés, leurs plaintes ne sont pas toujours relayées par l'administration scolaire aggravant le sentiment d'impuissance de l'enfant et l'enfonçant encore plus dans son désespoir. L'intervention du médecin scolaire est indispensable pour qu'une réflexion soit menée au sein de l'établissement sur le respect des règles et de la Loi afin que chaque élève soit protégé et respecté.

Suspensions d'agressions sexuelles

Elles sont très difficiles à gérer en cabinet libéral.

Une lésion peut être découverte fortuitement [20.1].

■ **Examen clinique**

L'examen gynécologique est réalisé préférentiellement en position dorsale (l'enfant couchée sur le dos, cuisses écartées) ou à quatre pattes. Une légère traction est exercée vers le bas et l'extérieur en tenant les grandes lèvres au niveau de la fourchette postérieure. Après quelques secondes les petites lèvres s'ouvrent et découvrent l'hymen et l'entrée du vagin. Les variantes anatomiques les plus fréquentes sont l'hymen annulaire, labié et semi-circulaire, les moins fréquentes, l'hymen en pont et cribiforme.

Pour l'examen anal, une traction douce des fesses pendant quelques secondes permet de déplisser l'anus qui s'ouvre légèrement (l'ouverture est normale jusqu'à 20 mm, anormale au-delà, faisant parler de béance anale) et d'apprécier la tonicité du sphincter.

■ Lésions

Lésions génitales

La lésion la plus caractéristique après intromission d'un corps étranger dans le vagin est une déchirure dans les quadrants inférieurs de l'hymen (l'enfant étant en position dorsale). La déchirure est d'autant plus évocatrice que les bords sont nets et qu'elle atteint la paroi vaginale.

Une suffusion hémorragique, un œdème sont fréquents lorsqu'elle est récente.

À distance il ne reste que l'encoche à bord net ou la déchirure jusqu'à la paroi vaginale avec une cicatrice de l'éventuelle plaie vaginale ou de la fourchette postérieure si elle a été délabrée.

Mais, il peut y avoir pénétration sans lésion anatomique (si la pénétration a été douce, avec seulement un doigt et/ou en utilisant des lubrifiants).

Il faut éliminer une cause traumatique (chute à califourchon, intromission d'un jouet, lacérations avec une corde), une cause infectieuse (infection à streptocoque avec streptatest positif) ou une variante de la normale : l'absence d'hymen.

Au niveau du pénis et des bourses, les lésions sont plutôt des morsures, des pincements, des chocs.

Le diagnostic différentiel est le pénis bloqué par la fermeture éclair du pantalon.

Les mutilations sexuelles (excision plus ou moins étendue) doivent faire l'objet d'un signalement.

Lésions anales

Au niveau anal, les déchirures après pénétration sont plutôt observées dans le quadrant inférieur (enfant en position dorsale). Il peut y avoir une atteinte du sphincter anal et, à l'extrême, une béance anale (ouverture supérieure à 20 mm).

Les diagnostics différentiels sont les fissures secondaires à une constipation (l'anus se dilate spontanément s'il existe une selle dans l'ampoule rectale et celle-ci est rapidement visible à l'œil nu), une infection streptococcique.

Mais, là encore, il peut y avoir pénétration sans lésion anatomique.

Lorsqu'il n'y a pas de lésion anatomique, les allégations d'abus sexuel reposent sur le discours de l'enfant, son comportement lors de la consultation, le discours du ou des parents (cf. chapitre 21).

■ Recherche systématique de troubles psychologiques

L'observation du comportement de l'enfant ou de l'adolescent au cours de la consultation est fondamentale et doit être décrite dans le dossier.

Il peut être agité, anxieux, tendu ou au contraire inhibé, passif, indifférent à ce qui se passe. Il peut être craintif, accroché à un de ses parents, terrorisé par l'examen clinique (sachant qu'il s'agit d'une situation fréquente chez le jeune enfant surtout s'il ne connaît pas le médecin). Parfois l'examen est impossible, parfois l'enfant est presque « trop compliant ».

C'est par l'interrogatoire corroboré quand c'est possible par l'observation qu'il faut apprécier le retentissement des situations de maltraitance sur le comportement de l'enfant [20.6].

Il est très différent selon le contexte.

Situation « chronique »

Cette situation est plutôt responsable de troubles psychosomatiques, cognitifs, anxieux, de dépression et/ou de troubles du comportement. L'enfant se construit dans un environnement pathologique sans repérer la cause de son mal-être du fait du lien affectif qu'il a avec ses parents. Il réagit par le déni ou par la honte et la dépréciation de soi. Un long travail thérapeutique est nécessaire pour l'aider à construire des liens affectifs plus sécurisés avec ses figures d'attachement.

Il faut donc penser à la maltraitance devant des tableaux très divers.

Troubles psychosomatiques

Les troubles du sommeil chez le bébé mais aussi chez l'enfant et l'adolescent sont très fréquents : l'insomnie traduit un état d'éveil anxieux afin de lutter contre l'endormissement, les cauchemars ou la perte du contrôle de soi et de son environnement.

L'énurésie et/ou l'encoprésie persistantes, qu'elles soient primaires (persistantes) ou secondaires, peuvent être en lien avec une difficulté de l'enfant à investir son corps et contrôler ses excréments.

L'anorexie et la boulimie marquent l'existence d'interactions complexes et ambivalentes avec le parent nourricier. Le refus alimentaire favorise les réactions négatives de l'entourage, la boulimie est plus facilement acceptée.

Les manifestations dermatologiques vont de la poussée d'eczéma ou de psoriasis en cas de stress aux scarifications chez l'adolescent.

Troubles du comportement

Chez le nourrisson, c'est plutôt une attitude figée appelée « vigilance gelée », qui sera évocatrice. L'enfant est immobile et suit des yeux les gestes de l'adulte. Il se raidit lorsque celui-ci s'approche sans chercher à se protéger.

Chez l'enfant plus grand, c'est une agressivité importante, inadaptée (gratuite), s'exprimant à la maison mais aussi à l'école voire dans le cabinet du médecin, justifiée (le plus souvent par les garçons mais depuis peu aussi par les filles) par une cause extérieure : « je ne suis pas agressif mais si on me cherche, on me trouve... ».

Il peut s'agir aussi d'un refus de toute autorité et de toutes règles rendant la vie sociale difficile avec la mise en place d'un cercle vicieux négatif, l'adulte répondant par la violence à l'agressivité de l'enfant.

Chez les filles, les troubles observés sont plus fréquemment dans le registre de l'inhibition et de la passivité.

Chez les adolescents, la transgression des règles est fréquente, qu'il s'agisse de prises de toxique, d'actes de délinquance, de multiplication des partenaires sexuels voire de prostitution, de fugues ou d'appartenance à des gangs de jeunes.

Troubles scolaires

Ils peuvent se voir à tout âge mais alertent d'autant plus que l'enfant n'avait jusque-là pas de difficultés évidentes. C'est le plus souvent le cas à l'adolescence.

Il est plus difficile de repérer la cause d'un trouble d'apprentissage scolaire lorsque celui-ci est primaire : l'enfant perturbé par des interactions négatives et imprévisibles de la part de ses parents a du mal à s'intéresser à l'école dont il peut ne pas comprendre les règles. Si le savoir est dénigré par ses parents, il peut ne pas avoir envie de l'investir. Les bilans neuropsychologique et psychologique peuvent aider à apprécier ses compétences cognitives réelles.

Troubles anxieux et dépression

Ils sont fréquents

Devenir à long terme

Il est complexe car de nombreux facteurs entrent en compte dont le niveau socio-économique et l'étayage que l'enfant peut trouver en dehors de son environnement familial. Il est fondamental de ne pas projeter sur l'enfant maltraité un avenir qui l'enfermerait dans une position de répétition inexorable, faisant de lui un futur parent maltraitant.

Si l'on prend en compte les études rétrospectives (3) une large proportion d'enfants ayant été eux-mêmes maltraités est retrouvée chez les parents maltraitants (90 %). Toutefois, si l'on considère les études prospectives, le taux baisse à 18 %. De nombreux témoignages de jeunes adultes font part de la façon dont ils sont entrés en résilience en s'appuyant sur des images éducatives (soit l'un des deux parents était sécurisant, soit ils ont rencontré des personnes « de substitution » avec qui des liens structurants ont pu se tisser) pour se construire dans le rejet du parent pathogène et le refus de toute identification à celui-ci, jusqu'à en devenir l'opposé.

Agression

Devant une agression unique ou limitée dans le temps, il faut rechercher un syndrome de stress aigu ou de stress post-traumatique.

■ Syndrome de stress aigu

Pendant l'agression, (DSM IV) l'enfant présente une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement agité ou désordonné. Il peut être en état de sidération psychique avec un détachement et une absence de réaction émotionnelle, décrire une impression de « brouillard », un sentiment de déréalisation, voire de dépersonnalisation avec une amnésie dissociative l'empêchant de se souvenir d'un élément important du traumatisme.

Dans les suites de l'agression, il revit constamment l'événement traumatique : sensations douloureuses de peur et d'angoisse, images, pensées, rêves, flash-back parfois à l'occasion d'une situation ou lorsqu'il est confronté à un élément commun avec l'agression. Des mécanismes d'évitement des situations à risque de réminiscence se mettent en place.

Les symptômes anxieux envahissent sa vie quotidienne : troubles du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, agitation motrice qui entravent sa vie sociale.

Les troubles durent au minimum 2 jours et peuvent aller jusqu'à 4 semaines.

■ **État de stress post-traumatique (ESPT)**

Les caractéristiques sont les mêmes mais les troubles doivent durer depuis au moins 1 mois dans l'ESPT aigu, au moins 3 mois dans l'ESPT chronique et entraîner une altération marquée du fonctionnement habituel de l'enfant. Ils peuvent apparaître 6 mois ou plus après le traumatisme.

Les réminiscences envahissantes et fortement anxiogènes, les troubles du comportement avec réactions disproportionnées devant une situation à risque, la reconstitution spécifique du traumatisme entravent la vie quotidienne.

Les efforts d'évitement peuvent concerner les lieux ou les circonstances de l'agression. Des stratégies d'évitement de la pensée se mettent aussi parfois en place et entravent les apprentissages scolaires. Certains aspects de l'agression sont occultés et complètement refoulés, responsables d'une amnésie ponctuelle. Un sentiment de détachement vis-à-vis d'autrui, l'impression d'être devenu différent des autres, une restriction des affects peuvent mener jusqu'à une perte du lien social.

Toute agression peut décompenser un état psycho-pathologique préexistant rendant plus difficile la compréhension des différents facteurs de souffrance psychique et leurs traitements.

■ **Conséquences psychologiques des agressions sexuelles**

Elles sont beaucoup plus complexes à évaluer et dépendent de nombreux facteurs : la personne responsable (un parent ou un étranger), l'âge de survenue du traumatisme, le caractère isolé ou répété, le type d'agression (avec ou sans pénétration). Les études portent essentiellement sur des études de cas et rendent difficile toute généralisation. Nous ne donnerons que des pistes de réflexions.

En fonction de la personne responsable

Lorsque l'abus est intrafamilial, il exprime une dynamique familiale très particulière. La structure familiale ne s'appuie pas sur un couple parental, au sein duquel s'exprime la sexualité et qui a pour charge d'élever les enfants mais sur un fonctionnement plus « clanique » où le père devient le « chef » de tous les membres de la famille. La mère perd son rôle de coparentalité et de protection primaire ; elle subit les désirs du père au même titre que ses enfants qui, ayant le même lien de subordination, sont soumis à la toute-puissance paternelle. Le fait d'être l'objet du désir du père pervertit l'enfant qui se perçoit comme étant dans une position privilégiée au sein de la famille (d'autant plus que cela rejoint un fantasme primaire) mais qui, dans le même temps, n'est pas pris en compte dans son propre désir et dans sa réalité d'enfant. Il faut souvent du temps pour que l'enfant prenne conscience de la souffrance ainsi créée.

Lorsque l'abus est extra-familial, tout dépend de la qualité du lien mis en place entre l'enfant et chacun de ses parents. Si la confiance est assez forte pour que l'enfant leur en parle, si leur réaction est adaptée à son désarroi avec une reconnaissance de son statut de victime et la mise en place de mesures de protection, le devenir sera moins dommageable que lorsque l'enfant n'a pas le soutien de ses parents.

S'il est, non seulement victime d'un adulte ou d'un enfant plus âgé, mais aussi désavoué par ceux qui ont pour fonction de l'aimer et de le protéger, il se retrouve dans une solitude affective particulièrement destructrice et impossible à gérer pour un enfant sans dommage psychique majeur.

En fonction de l'âge

Il est impossible de définir de façon précise les conséquences d'un abus sexuel selon l'âge de l'enfant mais la connaissance des différentes phases que traverse l'enfant peut donner quelques indications sur la nécessité de rester très vigilant devant tout signe de souffrance psychique.

Chez le nourrisson, c'est la grande inconnue car celui-ci ne peut pas s'en souvenir. L'évocation ne peut se faire qu'au travers du discours d'une tierce personne.

Entre 3 et 6 ans, l'enfant est en phase de sexualité primaire active avec la découverte de son corps. Sa curiosité sexuelle fantasmée a besoin que ses parents mettent en place les limites qui vont lui permettre de grandir en acceptant le tabou de l'inceste.

Entre 6 ans et 11 ans, la phase dite de latence protège l'enfant en favorisant l'investissement social et intellectuel.

Après 12 ans, les mouvements contraires d'attachement/détachement des parents, de découverte/peur de son corps, d'attraction/répulsion de l'autre dans sa réalité sexuelle rendent particulièrement fragile l'adolescent.

Il baigne dans un environnement où la pornographie est omniprésente, détachant l'acte sexuel de tout contexte affectif et valorisant les relations de violence et d'emprise.

En fonction du caractère isolé ou répété

Les abus répétés sont souvent le fait d'abus sexuels intrafamiliaux ou dans un périmètre de proximité de la famille. Ils surviennent dans l'enfance et se prolongent jusqu'à ce que l'enfant soit en mesure de les dénoncer ou de s'en protéger.

Les actes isolés sont plus souvent le fait d'agresseurs étrangers à la famille, que ce soit dans l'enfance ou à l'adolescence.

En fonction du type d'abus

Il n'y a pas de lien entre le type d'abus et l'importance de son retentissement chez l'enfant devenu adulte. Une exposition à une scène pornographique, la vue d'un exhibitionniste, des caresses sans pénétration peuvent entraîner des séquelles durables.

La conjonction entre l'agression, l'intensité des émotions ressenties alors par la victime, la résonance avec des éléments de son histoire fixeraient le traumatisme.

Un même acte peut ainsi être vécu de façon diamétralement opposée selon la personne concernée, son histoire ou sa capacité à élaborer le traumatisme.

Consultation en cas d'allégations d'abus sexuels

Elles surviennent le plus souvent dans un contexte de divorce conflictuel et demandent une grande vigilance dans la rédaction des certificats, d'une information préoccupante ou d'un signalement.

L'expérience montre [20.7] que la phase de conflits précède la rupture et persiste au-delà. Dans la plupart des cas, les parents trouvent un accord autour de l'essentiel de la vie de leur enfant et s'entendent suffisamment pour adapter les décisions prises par le Juge aux affaires familiales en fonction des besoins du quotidien. Chaque parent respecte suffisamment chez l'autre la façon dont il exerce sa fonction parentale et garde une certaine confiance dans les soins qu'il apporte à l'enfant.

Si l'un des parents a une crainte ou si les propos de l'enfant l'interrogent, l'analyse de la situation dans son ensemble reste possible. Il reste attentif à protéger l'enfant des effets délétères liés aux doutes et aux discussions qui envahissent la vie des adultes de façon d'autant plus sensible que ces interrogations renvoient à ce qu'il y a de plus intime : l'interdit de l'inceste.

Dans 10 % des cas, l'intensité du conflit entre les parents et/ou sa persistance dans le temps malgré la rupture du couple parental explique le recours itératif au judiciaire. Les parents sont dans l'incapacité de trouver des solutions négociées sur les différents aspects de la vie de leur enfant, réglant à travers lui, et comme sans fin, leurs conflits d'adultes en souffrance, faisant parler de « conjugopathies ».

Si bien souvent le discours de chaque parent vient en « miroir » de celui de l'autre, il existe parfois une réelle situation asymétrique avec une relation d'emprise vis-à-vis de l'autre pouvant aller jusqu'à l'expression d'une perversité. L'enfant peut alors devenir un élément pivot dans la construction des interactions pathogènes entre ses parents.

Dans ces cas complexes, les allégations d'abus sexuels mettent le pédiatre en situation difficile : la bonne foi apparente d'un des parents peut très bien entraîner l'instrumentalisation du pédiatre (et de l'enfant) dans un conflit parental dont la restriction des contacts entre l'enfant et l'autre parent est le véritable enjeu.

Le contexte sociétal est aussi complexe et les allégations d'abus sexuels chez l'enfant surviennent dans un environnement social dont les repères sont flous.

L'affaire « Dutroux » a marqué l'inconscient collectif de notre société en révélant l'existence des « réseaux » de pédophilie et favorisé la médiatisation d'événements mettant en jeu d'éventuels abus sexuels chez les mineurs. Les disparitions d'enfants, les viols, les « tournantes » sont évoqués régulièrement au cours des journaux télévisés aux heures de grande écoute.

Une forme d'hystérie sociale a pris forme : chaque homme amené à entrer en contact physique avec un enfant pour les gestes de la vie quotidienne – le laver, l'accompagner aux toilettes, l'habiller – peut se voir accusé d'abus sexuel sur une simple allusion de l'enfant ou un changement dans son comportement. Dans les lieux d'accueil plus aucun professionnel ne peut rester seul avec un enfant ou un élève dans une pièce fermée.

L'affaire « d'Outreau » a remis en cause le fonctionnement de la Justice et la façon dont les professionnels ont traité la parole des enfants [20.8]. Les experts ont perdu leur crédibilité, montrant les limites de leurs méthodes d'analyse.

Contexte des révélations

Il peut s'agir de révélations faites par l'enfant à l'encontre de son père ou beau-père (le plus souvent dans un contexte de divorce). Il peut aussi s'agir du compagnon de la nourrice ou d'un fils adolescent.

Il est important :

- de recueillir précisément les circonstances qui ont permis à l'enfant de parler ;
- de dissocier ses propos exacts de ceux émis par la personne qui les a entendus et/ou de celle qui les rapporte (la plupart du temps, la mère) : « qui a dit quoi et à qui ? ».

Très souvent, l'adulte pose des questions qui « polluent » le discours initial de l'enfant et induisent des réponses qui sont prises pour des révélations (le plus souvent il s'agit de questions fermées qui appellent son acquiescement). Cette intervention active de l'adulte met en place un cercle vicieux où chaque élément renforce le sentiment que ce que dit l'autre (l'enfant pour l'adulte et vice versa) est vrai.

Si la confiance est présente entre la personne incriminée et le parent qui reçoit les allégations (la mère le plus souvent), c'est l'analyse des éléments objectifs qui est mise en avant pour apprécier la gravité de la situation et trouver une solution qui protège l'enfant sans dénoncer d'emblée l'agresseur présumé ; sinon l'escalade peut être rapide et la machine judiciaire s'emballer sans que personne ne puisse prédire dans quel sens : retrait des enfants de chez la mère, arrêt des relations avec le père ou, au contraire, maintien des liens dans une ambiance de peur et d'angoisse. La situation est plus simple lorsque l'agresseur présumé est extérieur à la famille puisque les mesures de protection sont plus faciles à mettre en place.

Les allégations d'abus sexuels peuvent provenir de l'inquiétude de la mère (le plus souvent) ou de l'entourage (nourrice, école) devant des changements de comportement de l'enfant ou de l'adolescent. Il est alors important d'analyser chaque élément et de le remettre dans son contexte en tenant compte [20.9] :

- de l'examen clinique de l'enfant ou de l'adolescent ;
- de son niveau de développement psychoaffectif (phase œdipienne, adolescence) ;
- de son niveau de développement cognitif (niveau de langage, développement de la pensée) ;
- de ses capacités d'intégration sociale.

Niveau de développement psychoaffectif, cognitif et social de l'enfant [20.11]

■ De 0 à 3 ans : stades oral puis anal et génital

L'enfant s'exprime essentiellement par son corps mais commence l'apprentissage du langage, avec l'association de mots et l'élaboration de phrases plus ou moins structurées. Le registre lexical est alors très concret. L'enfant s'oppose essentiellement par le « non » à l'adulte ; il supporte mal la frustration. La parole de l'adulte investi affectivement est la seule référence au bien et au mal.

Un signalement a été fait parce qu'un enfant de 2 ans a dit à la crèche « papa/zizi/bouche... » L'enfant allait parfaitement bien par ailleurs. Les parents ont été très choqués par la mise en accusation du père.

■ De 3 à 6 ans : mise en place du complexe d'Œdipe

L'enfant est en phase de sexualité active avec la découverte de son corps et du corps de l'autre. Il exprime des sentiments extrêmes : l'amour « fou », la haine. Cette période est marquée par la mise en place de l'interdit de l'inceste, fondateur de chaque individu, lui permettant de se construire en tant que personne différenciée de son père et de sa mère.

La « pensée magique » prédomine (il lui suffit de penser à quelque chose pour qu'il le perçoive comme une réalité).

L'intelligence est dite « représentative » ou « préopératoire ». L'enfant manipule bien le langage avec des phrases structurées, intégrées dans un récit cohérent mais il n'y a pas de renvoi à la même sémantique que celle de l'adulte (créant une certaine confusion chez les adultes qui entendent la parole de l'enfant sans la replacer dans son contexte). Il apprend à se repérer dans l'espace. Le repérage dans le temps est encore limité (passé, présent, avenir). Il reprend à son compte les interdits familiaux et accepte progressivement l'autorité de l'adulte présent.

Une maman consulte inquiète : elle a demandé à sa fille de 4 ans « qui lui avait appris à se “toucher” » ? ». « Papa », répond l'enfant qui se sent en faute. La maman a alors demandé (prenant pour acquis la réponse de sa fille) : « quand t-a-t-il touché ? Combien de fois ? ». La maman était pourtant convaincue, avec le recul, que ce n'était pas possible.

■ De 6 à 11 ans : phase de latence

L'enfant investit les activités intellectuelles lorsqu'il a mis en place des relations affectives plus sereines avec ses parents. Il acquiert une plus grande autonomie dans sa vie quotidienne avec un investissement plus important dans ses relations avec ses pairs. L'intelligence est dite « opératoire ». Elle permet l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et du calcul. Le pool lexical s'étend et se diversifie au-delà du cadre familial. L'enfant apprend à se repérer dans le temps et dans l'espace. Il découvre le sens moral (ce qui peut être bien ou mal « en soi ») ; l'autorité est acceptée en tant que telle ; la punition est perçue comme une expiation de la faute.

Une enfant de 8 ans dit avoir été « violée » sur le chemin de l'école. Les détails sont flous, variables. Peu d'affects sont exprimés. Elle reconnaît avoir eu peur d'être grondée car elle n'était pas à l'heure pour l'école.

■ De 11 à 14 ans : phase de préadolescence

Elle se caractérise par la réactivation du complexe d'Œdipe et l'affirmation de soi dans l'opposition à l'adulte. La recherche d'identification auprès des pairs est forte. L'intelligence est formelle avec la capacité de se mettre à la place de l'autre. Le raisonnement est logique mais encore rattaché à des événements concrets. La notion de vrai et faux est acquise « en soi ».

Une adolescente a fugué 3 fois ; elle a fini par avouer que son demi-frère la touchait. Elle avait essayé d'en parler, mais ses parents ne l'ont pas cru. Ils ont réagi en protégeant le frère.

■ De 14 à 18 ans : phase d'adolescence

C'est une période d'activité sexuelle avec l'acquisition d'une certaine autonomie sociale. L'intelligence est semblable à celle de l'adulte. Elle peut complètement se détacher du réel, élaborer des théories dont la logique existe en elle-même en dehors de tout contexte concret. La pression sociale est actuellement très forte parmi les adolescents, banalisant le passage à l'acte sexuel et majorant l'importance de la séduction dans les relations sociales. C'est une période où le risque de passage à l'acte est plus important (violence, conduites addictives).

Une jeune fille de 16 ans accuse son père de l'avoir « violée ». Elle dit que l'événement aurait eu lieu il y a longtemps. Dans le même entretien, elle affirme n'avoir jamais eu de relations sexuelles : « ne l'avoir jamais fait » (elle présentait des signes physiques d'agression sexuelle récente or elle ne l'avait pas vu depuis plusieurs mois).

Facteurs influençant la parole de l'enfant

■ Facteurs affectifs

L'enfant a peur de ne pas être cru.

La relation est asymétrique dans le face à face avec l'adulte.

Le désir de dire « oui » à l'adulte est très fort.

Il peut essayer de se défendre de quelque chose de supposé interdit.

Il désire oublier le traumatisme et ne veut plus en parler. Une « censure psychologique » crée l'oubli.

■ Facteurs cognitifs

Plus l'enfant est jeune moins il a les moyens d'exprimer ce qui a pu se passer.

Plus le temps passe moins l'enfant a des souvenirs précis.

La suggestibilité de l'environnement est plus forte chez le jeune enfant.

L'apparition d'une « mémoire de scénario » l'aide à raconter l'événement.

■ Facteurs liés au temps

La première révélation est importante : le récit est plus spontané.

Le récit se modifie au fur et à mesure qu'il est répété.

Par souci de cohérence, l'enfant fait appel à son imaginaire.

La prise en compte du temps qui passe diminue son désir de parler par crainte de l'avenir.

■ Facteurs liés à l'état psychique secondaire au traumatisme

En phase aiguë, l'enfant peut ressentir une peur panique et présenter des troubles relationnels avec sidération de la parole.

La phase différée est souvent asymptomatique avec déni du traumatisme, désir d'oublier, apparition d'un « blanc affectif ».

Le syndrome post-traumatique est marqué par une réorganisation de la structure psychique avec peu de symptômes.

La névrose post-traumatique est marquée par des plaintes diffuses mal étiquetées.

▪ **Facteurs liés à l'entourage**

Une angoisse trop forte des parents va bloquer l'expression de l'enfant,

La colère des parents contre l'enfant peut l'inciter à se rétracter,

Le rejet de l'enfant ou de son récit peut également modifier ses déclarations.

La parole de l'enfant s'inscrit dans son histoire personnelle et dans l'histoire familiale

La parole de l'enfant doit être prise en compte (quelle que soit la part de vérité qu'elle recèle) dans sa dimension psychologique et sociale comme le souligne Boris Cyrulnik [20.10].

▪ **La parole de l'enfant est là pour « dire » ce qui s'est passé**

Le récit est déjà un acte élaboré qui traduit la mise en place d'un travail psychique avec une prise de conscience du traumatisme. Celui-ci est directement lié à l'émotion qu'il suscite et qui « sidère » l'être sans qu'il y ait de corrélation objective entre l'événement et l'intensité du traumatisme.

Dans le cas d'abus sexuel où le père est concerné, l'enfant doit supporter l'ambivalence de ses sentiments : « *j'aime celui qui me fait souffrir* ». Il doit aussi affronter la loi du silence qui y est toujours associée.

Lorsqu'il ne s'est rien passé (mais comment l'affirmer ?) les allégations d'abus sexuel sont un véritable appel au secours qu'il faut entendre. S'il n'est pas pris en compte, l'enfant peut être amené à aller toujours plus loin dans la mise en scène de sa souffrance quelle qu'elle soit.

▪ **La parole intervient aussi pour agir sur l'autre**

L'enfant devient acteur sur la personne qui l'écoute (sa mère ou la personne à qui il s'est confié). La façon dont elle va recevoir ce qui est dit est déterminante sur la propre perception que l'enfant se fera de ce qu'il dit : « *si ce que je dis est insupportable pour l'adulte en face de moi, comment, moi, enfant je vais pouvoir le supporter ?* ». L'émotion qui fixe les souvenirs résulte de la rencontre entre le niveau de développement psychoaffectif de l'enfant et ses repères extérieurs. L'attitude de celui qui l'écoute devient primordiale : ni trop intrusive pour ne pas l'agresser, ni trop fermée ou dubitative pour qu'il ne se sente pas nié dans ce qu'il exprime.

Si la parole de l'enfant déstabilise l'adulte, il peut y avoir confusion dans son esprit entre :

- ce qu'il dit (parfois sur un mode anodin) ;
- ce qui est évoqué (la possibilité de gestes auxquels il n'attribue pas la même signification qu'un adulte car il ne connaît pas la réalité de leur sexualité) ;
- ce qui pourrait survenir (si le fantasme devenait réalité) ;
- ce que cela suscite d'émotions chez l'adulte (il pense que ce qu'il dit de la sexualité fait peur à l'adulte alors que c'est la confusion entre la sexualité de l'enfant et celle de l'adulte qui effraie).

L'attitude du médecin est fondamentale : suffisamment en empathie pour favoriser l'expression de l'enfant mais avec suffisamment de recul pour ne pas adhérer à son discours et lui rendre une place de sujet.

▪ **La parole est un moyen de favoriser la résilience de l'enfant**

Le temps de la consultation pédiatrique permet la mise en place d'un espace sans enjeux affectifs où sa parole peut être entendue mais non sacralisée. L'attitude protectrice d'un adulte respectueux rend possible une forme de « tricotage » entre le sentiment exprimé par l'enfant et ce qui lui est renvoyé de lui-même à travers le regard de l'autre. Quelle que soit la réalité vécue ou fantasmée par l'enfant, le pédiatre peut l'aider à redevenir sujet de sa vie en participant à sa prise de conscience du traumatisme et/ou de son mal-être.

▪ **La parole de l'enfant s'inscrit dans un contexte familial**

Le professionnel confronté au récit de l'enfant doit comprendre ce qui peut être en jeu autour de cette histoire et comment la parole de l'enfant peut être l'expression d'une souffrance familiale.

Étant très investie par le champ social, la parole de l'enfant est en train d'envahir le champ juridique. On confond parfois la possibilité qu'a un enfant à être entendu (voire représenté par un avocat) avec le pouvoir de décider de ce qui fait sa vie.

Cette perversion de la parole de l'enfant est très forte dans les conflits parentaux « durs ». La guerre déclarée fait que chaque perturbation de l'enfant n'est plus appréhendée dans son contexte global mais finalisée.

Si l'enfant est mal le dimanche soir au retour de chez son père, c'est que « ça le perturbe », « il ne doit plus y aller », « Un soir elle est revenue irritée... C'est pas normal... Il la touche... ». Il est alors nécessaire d'entendre la parole de l'adulte qui exprime sa souffrance, mais de rester neutre, afin de laisser le parent sortir ses angoisses et les confronter progressivement à une réalité plus objective.

■ **La parole de l'enfant s'inscrit dans un contexte social**

L'importance de la pression sexuelle que subissent les jeunes adolescents est à prendre en compte. Ils baignent dans un environnement très sexualisé qu'ils appréhendent au travers des médias. Ils sont submergés d'informations très techniques dont ils ne comprennent pas toujours la réalité humaine. Il peut y avoir une discordance réelle entre ce qu'ils expriment et ce qu'ils ont vécu (« j'ai été violée ... mais je ne l'ai jamais fait »). La pression du groupe d'amis peut également être très forte. Révéler ce qui se passe peut entraîner l'exclusion mais aussi les représailles. Enfin, un adolescent peut avoir des difficultés à parler de son agression parce qu'il est conscient de s'être mis en situation de risque, un peu comme s'il devait payer son manque de prudence ou son inconscience.

La parole est indispensable à la restauration de l'intégrité psychique afin de préserver l'élaboration de l'identité sexuelle du futur adulte. Associer la sexualité à la souffrance ou à la culpabilité peut l'entraver durablement. Seul un travail psychothérapeutique peut restaurer une approche confiante de l'autre dans un projet amoureux.

■ **Une autre question difficile se pose dans les cas d'allégations d'abus sexuels : faut-il aller en justice ?**

Il semble impossible d'avoir une position dogmatique à propos de cette démarche qui peut avoir des conséquences matérielles et affectives très lourdes à porter.

Le médecin n'a pas d'obligation de signalement ; par contre il a l'obligation de porter assistance aux personnes en danger. Souvent, nous sommes confrontés à la peur des parents de déposer plainte ou au refus de l'adolescent de parler devant un officier de police. D'autres fois, les parents souhaitent porter plainte alors qu'il n'y a pas d'élément très probant mais de vagues doutes.

Les parents sont de par la loi les premiers responsables de la protection de leur enfant.

En cas de défaillance de leur part et en cas de situation de danger pour l'enfant, le médecin est dans l'obligation de rédiger une Information Préoccupante adressé au Conseil général ou un Signalement adressé au Procureur de la République. Dans chaque cas, c'est en notre âme et conscience que nous devons essayer de remplir au mieux ce que nous pensons être notre devoir, tout en sachant qu'aucune décision ne procure le repos.

En effet, la procédure juridique est elle-même source de traumatismes, surtout si aucun accompagnement n'est proposé. Même soutenue de façon adaptée, il reste à la victime à gérer « l'après », lorsque son histoire personnelle est passée dans le domaine public. Comment retrouver une vie ordinaire sans que le passé ne vous rejoigne, dans le regard de votre famille ou de vos voisins ?

Chaque situation est unique : si la réparation symbolique ne peut avoir lieu que dans la reconnaissance de la faute par la Société, supporter les réalités de la procédure sera le prix à payer pour se reconstruire. Si par contre se battre pour être reconnu comme victime occasionne trop de souffrances, peut-être faut-il se contenter d'un travail personnel d'élaboration psychique.

Il est certain que dans tous les cas l'exposition aux agressions doit cesser. Que penser de cette enfant de 11 ans qui, après 1 an de mise en confiance, avoue être touchée régulièrement par l'amant de sa mère (pendant les absences fréquentes du père). Le dossier est classé sans suite. Les parents enlèvent l'enfant de son école.

L'enfant a parlé ; elle a été entendue par la justice qui n'a pas pris en compte sa plainte. Elle est à nouveau seule au sein de sa famille.

Nous l'avons félicitée d'avoir eu le courage de parler... Nous lui avons promis de la protéger...

Les risques liés au non-lieu ou à la non-reconnaissance de la « vérité de l'enfant » peuvent aussi avoir des conséquences psychologiques dramatiques.

En pratique, que faire ?

▪ Rédiger une observation complète dans le dossier :

- les circonstances de la consultation ;
- les observations du comportement de l'enfant et du parent ;
- les résultats de l'examen clinique ;
- les paroles de l'enfant et des parents.
- Les éléments de certitude, de forte présomption ou de doute de maltraitance doivent être reportés dans les notes personnelles (distinctes du dossier médical).
- Il faut garder une copie :
- d'un courrier d'admission aux urgences ;
- d'un certificat médical remis au parent ;
- d'une lettre écrite à la Cellule de recueil d'information préoccupante ou du signalement fait au Procureur ;
- d'un contact avec le médecin de PMI, le médecin scolaire, le médecin hospitalier référent ou des urgences, le membre du Conseil de l'Ordre, le Procureur.

▪ En cas de situation de danger

Il faut faire hospitaliser l'enfant après avoir contacté le médecin hospitalier et s'assurer que l'enfant a bien été admis aux Urgences.

Si c'est impossible :

- envoyer un courrier à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du Conseil général devant toute situation à risque ;
- faire un signalement au Procureur de la République en cas d'urgence médicale ou vitale et d'abus sexuel avéré.

▪ En cas de doute

Il ne faut pas hésiter à revoir l'enfant de façon rapprochée, à proposer une alliance thérapeutique aux parents.

Il ne faut pas rester seul : c'est important de parler de la situation ou de la consultation avec un médecin formé à la prise en charge de ces situations complexes en contactant le médecin PMI, le médecin scolaire ou le médecin hospitalier.

Il est important de :

- ne pas être instrumentalisé ;
- ne pas chercher la vérité ;
- ne pas se poser en justicier ;
- ne pas croire qu'on peut seul gérer une situation de maltraitance ;
- rester à l'écoute de l'enfant et de ses parents.

▪ La rédaction de certificats médicaux doit répondre aux règles données par le Conseil de l'Ordre

Dans le cadre d'une procédure de divorce, la rédaction d'un certificat médical n'est jamais urgente. Le savoir permet de le rédiger à tête reposée, après avis auprès d'un membre Conseil de l'Ordre si nécessaire.

Le certificat médical ne doit comporter que les constatations faites pendant la consultation médicale sans jamais reprendre à son compte :

- les propos d'un parent ;
- les propos attribués à l'enfant ;
- un jugement concernant la personne éventuellement responsable des faits ;
- un avis sur le mode d'éducation mis en place par l'un des parents.

Il ne peut pas interdire, sous aucun prétexte médical, une rencontre avec l'autre parent, le pouvoir du médecin ne pouvant supplanter celui du juge qui a décidé du mode d'alternance de l'enfant auprès de chacun de ses parents.

Si un certificat est utilisé à charge contre un parent, celui-ci va déposer (sur conseil de son avocat) une plainte devant le Conseil de l'Ordre pour infamies dans les affaires de famille. Il aura gain de cause, le médecin pouvant être sanctionné si le plaignant ne retire pas sa plainte.

▪ **Secret professionnel**

Il permet aux professionnels d'échanger entre eux les informations nécessaires à l'évaluation d'une situation et à la mise en place des actions de protection (article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

Les informations à caractère médical restent couvertes par le secret médical mais doivent pouvoir faire l'objet d'échanges entre médecins. Sauf intérêt contraire de l'enfant (dans les cas de violences sexuelles notamment afin que l'auteur supposé des faits ne soit pas prévenu), les parents doivent être tenus informés (art. L.226-2-1 du CASF) quand une information préoccupante ou un signalement sont faits.

Il est préférable de le faire car ils ont accès au document par la suite.

▪ **Rédaction d'Information préoccupante ou d'un signalement**

L'Information préoccupante peut être adressée à la Maison départementale de santé du quartier (de la commune) ou à la Cellule de recueil des informations préoccupantes du département, dont les coordonnées sont sur internet. En dehors des heures ouvrables, le 119, numéro national, répercute l'alerte sur la CRIP du département.

Il s'agit d'une démarche administrative.

L'Information préoccupante comprend « tout élément d'information, y compris médical susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger au sens de l'article 375 du Code Civil ou en risque de danger et puisse avoir besoin d'aide », c'est-à-dire « un enfant dont la santé, la sécurité ou la moralité sont menacées ou dont les conditions d'éducation ou de développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ».

Elle doit être réalisée après avoir fait un examen clinique complet.

Elle comporte :

- l'identité lisible du médecin signataire qui ne peut décrire que ses propres observations (et non faire état de faits relatés dans le dossier médical du patient par un autre médecin) ;
- le nom, prénom, date de naissance et domicile de l'enfant ;
- les coordonnées de l'adulte responsable de l'enfant ;
- les dires de l'enfant ou de l'adulte qui l'accompagne en transcrivant les termes exacts, sous la responsabilité de celui qui les dit (à mettre entre guillemet) ;
- les faits incriminés en précisant leurs sources ;
- les lésions cliniques observées décrites de façon très précise ;
- le comportement de l'enfant pendant la consultation.

L'Information préoccupante doit être écrite de façon lisible, en français, datée au jour de la consultation, signée par le médecin qui le rédige et adressée soit au Chef de Circonscription, soit à la Cellule de Recueil des Informations préoccupantes (annexe 20.1).

Le signalement au Procureur de la République (annexe 20.2) s'impose en cas de faits d'une extrême gravité nécessitant une protection immédiate :

- si des signes de violences sexuelles, physiques ou psychologiques nécessitant la protection immédiate du mineur sont constatés ;
- si des faits susceptibles de constituer une infraction pénale sont identifiés ;
- si des signes d'abus sexuel sont suspectés ;
- s'il est impossible d'évaluer la situation (refus ou non collaboration de la famille).

Il est important de noter l'adresse à laquelle la Brigade des mineurs peut trouver l'enfant ainsi qu'un numéro de téléphone où peuvent être joints les parents ou les personnes qui ont la charge de l'enfant.

Le signalement est adressé au commissariat de police, à la Brigade de gendarmerie, à la Brigade de mineurs ou au Procureur de la République, joignable 24 h/24, 7 jours sur 7. Toutes les coordonnées se trouvent sur internet.

Conclusion

La maltraitance est une situation très délicate à laquelle le médecin libéral n'est pas préparé.

Il lui faut prendre le temps d'écouter ce que l'enfant a à dire, d'observer les éléments qui peuvent alerter, d'éliminer les diagnostics différentiels avant de parler de maltraitance pour évaluer la situation et décider de l'attitude la plus adaptée dans le seul but de protéger l'enfant.

Il est important d'essayer, à défaut de soigner, de ne pas nuire, même si aucune réponse n'est jamais pleinement satisfaisante.

Références

- [20.1] *Conférence de consensus de la fédération française de psychiatrie, 6 et 7 novembre 2003 : « conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir ».* John Libbey, Paris 2003.
- [20.2] *Rapport de l'Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale, octobre 2003 : « La décentralisation et la protection de l'enfance, Quelles réponses pour quels dangers ».*
- [20.3] *Manciaux M. Maltraitance : évolution du concept, définition, épidémiologie. Mt pédiatrie 2011 ; 14 (1) : 3-9.*
- [20.4] *Girodet D, Mignot C. Maltraitances à enfants : approches clinique et diagnostic. Mt pédiatrie 2011 ; 14 (1) 10-17.*
- [20.5] *Gruson S. Maltraitance à l'adolescence. Mt pédiatrie 2011 ; 14 (1) 18-23.*
- [20.6] *Rouyer M. Psychopathologie de l'enfant maltraité et de sa famille. Mt pédiatrie 2011 ; 14 (1) 24-30.*
- [20.7] *Poussin G, Martin-Lebrun E. Les enfants du divorce. Dunod, Paris 2011.*
- [20.8] *Aubenas F. La méprise. L'affaire d'Outreau. Seuil, Paris 2005.*
- [20.9] *Horiassius N, Mazet P. Conséquences des maltraitances sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir. John Libbey Eurotext, Paris 2004.*
- [20.10] *Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Odile Jacob, Paris 1999.*
- [20.11] *Bidault J. (et Col.) – L'homme en développement – PUF, Paris 1993.*