

# MALTRAITANCE INFANTO-JUVENILE

Dr S. DAUVER, pédopsychiatre, CMPEA Saint Lô  
17.12.03

## PLAN DU COURS

1.	<u>HISTORIQUE</u> .....	2
2.	<u>FREQUENCE ET STATISTIQUES :</u> .....	5
3.	<u>FACTEURS DE RISQUES</u> .....	7
4.	<u>DEFINITIONS</u> .....	10
5.	<u>LES 4 TYPES DE MALTRAITANCE</u> .....	14
6.	<u>LES SEVICES PHYSIQUES</u> .....	16
	• <u>Les sévices physiques classiques</u> .....	16
	• <u>syndrome de Münchhausen par procuration</u> .....	19
7.	<u>LA NEGLIGENCE</u> .....	21
8.	<u>LES SEVICES PSYCHIQUES</u> .....	22
	• <u>Les sévices psychiques</u> .....	22
	• <u>séparation parentale</u> .....	23
	• <u>pression des devoirs</u> .....	26
9.	<u>LES SEVICES SEXUELS :</u> .....	28
10.	<u>CONDUITE A TENIR ET RECUEIL DE LA PAROLE DE L'ENFANT :</u> .....	32
11.	<u>TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE PSY</u> .....	38
12.	<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u> .....	38

## 1. 1. historique

en surligné : l'aspect médical...

La question de la maltraitance a longtemps subi le poids du silence , silence cosubstanciel à la situation de maltraitance. La maltraitance se situe à l'interface entre l'intime et le social. Il a fallu attendre que l'époque du *pater familias* romain soit révolue où le père avait tout pouvoir dans la famille nucléaire : sur sa femme, ses fils et ses filles... Au Moyen-Age et jusqu'au XVII<sup>ième</sup> , c'est la CHARITE qui prévaut ; l'Eglise joue un rôle essentiel dans la protection des enfants contre la mort et la misère. A la Révolution Française , tout se laïcise (création de l'Assistance publique, de maisons pour accoucher, ...). Ce n'est qu'au XX<sup>ième</sup> siècle que la protection sociale et judiciaire de l'enfance se développe. L'autoritarisme paternel d'antan cède progressivement le terrain à la reconnaissance des enfants en tant que personne. Mais comme l'a bien dit le juge Hanouet : la répression (exemple des enfants du centre de rééducation sur l'île de Tatihou - en face de Saint Vaast-la-Hougue ouvert de 1948 à 1984 ) a précédé la prévention (jusqu'au PRS maltraitance de Basse Normandie). Citons comme étapes importantes dans l'évolution des idées:

- • **1804** : le Code Civil substitue la notion d'autorité à celle de puissance paternelle.
- • **1860 Ambroise Tardieu**, professeur de médecine légale à Paris, fait la première description clinique des enfants battus, mais ses travaux passent inaperçus.
- • **1887** loi interdisant les châtiments corporels à l'école
- • **1889** une loi sur la *répression des violences, voies de fait et attentas commis contre les enfants* assure la protection des *enfants maltraités* et moralement abandonnés et introduit la déchéance des droits de la puissance paternelle.
- • **27.06.1904**: Loi qui organise l'aide sociale à l'enfance et influence notre système actuel. Création des catégories d'enfants pris en charge (enfants secourus, en dépôt, en garde, les pupilles).Obligation d'un lieu d'accueil dans chaque département et d'un bureau d'abandon.
- • **1912**: Création d'un tribunal spécifique pour enfants (avec juges spéciaux pour mineurs et obligation d'enquête familiale). Avant 1912 , l'enfant était responsable au regard du Code Pénal et condamné au titre de la correction paternelle aux mêmes peines d'enfermement que les adultes et dans les mêmes prisons.

- • **1926** : les colonies pénitentiaires et les maisons de correction sont transformées en institutions d'éducation surveillée.
- • **1935** : abolition du droit de correction
- • **1943** création de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
- • **02.02.1945**: Ordonnance relative à l'enfance délinquante, parle de rééducation et non de répression. Création de la fonction spécifique de juge pour enfants (dans des tribunaux pour enfants). Il sanctionne et il protège.
- • **1945** création de la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- • **24.02.1956**: Création du Code de la Famille et de l'Aide Sociale.
- • **23.12.1958**: Loi qui considère l'état de DANGER de l'enfant (déficience ou carence familiale, comportement du mineur lui même).
- • **La réforme de 1959** élargit les possibilités d'interventions administratives ou judiciaires aux notions de SANTE, SECURITE ou MORALITE compromises pour l'enfant.
- • **1962** : les travaux conjoints de **Henry KEMPE** (pédiatre), de **Frederic N. SILVERMAN** (radiopédiatre qui avait montré avec **John P.CAFFEY**, l'origine maltraitante fréquente de certaines lésions fracturaires) et de **BF Steele** (pédopsychiatre) entraînent la communauté médicale internationale à se pencher sérieusement sur la question de la maltraitance et à prendre la mesure réelle de l'ampleur du problème.
- • **1970** : la famille naturelle reprend ses droits. Une idée nouvelle: privilégier le maintien de l'enfant dans sa famille. Loi sur l'autorité parentale (fin de l'autorité paternelle puissante et unique issue du droit romain).
- • **A partir de 1980**: nombreux textes sur l'enfant en danger, victime de sévices ou de délaissement (responsabilité des intervenants, organisation de la coordination et de la prévention).
- • **1982**: Loi de décentralisation --> **22.07.1983**: Le Conseil Général gère les 3 services de la prévention et de la protection sociale, c'est-à-dire : l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), le service départemental l'action sociale (DDAS) et le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- • **06.01.1986**: Loi particulière qui définit les missions du département en matière d'aide sociale à l'enfance. Texte intégré au Code de la Famille et de l'Aide Sociale. Il insiste sur l'autonomie de la famille qui est à rechercher et sur l'importance de la prévention.

- • **10.07.1989**: la loi dite « loi sur l'enfance maltraitée » relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance rend les auteurs de sévices pénalement punissables associe donc protection judiciaire et protection sociale. Elle est venue clarifier et renforcer le rôle du département avec en référence complémentaire **la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (O.N.U.) ratifiée par la France et entrée en vigueur le 06.09.1990 qui souligne la nécessité de la protection physique et morale de l'enfant.**
- • **1990** : Création de l'ODAS (observatoire national de l'action sociale décentralisée) sous forme associative afin de permettre, à partir d'enquêtes et d'études, le développement dans un lieu neutre d'une réflexion commune des principaux décideurs et acteurs de l'action sociale. Parmi ses structures permanentes d'observation spécialisées, l'ODAS a constitué *l'observatoire de l'enfance en danger*.
- • La Loi du **08.01.1993** a intégré dans le droit français le principe de l'audition de l'enfant en Justice. Son audition ne peut être écartée que par une décision spécialement motivée. L'enfant peut être entendu seul, avec un avocat ou une personne de son choix.
- • La loi du **01.02.1994** réprime la prostitution des mineurs et le "tourisme sexuel". La loi pénale française est rendue applicable aux français qui auraient recours à l'étranger à la prostitution d'un mineur de quinze ans et ce en l'absence tant de réciprocité d'incrimination que de plainte de la victime ou de ses ayants-droits ou de dénonciation officielle par les autorités du pays où les faits ont été commis.
- • **Depuis 1994** l'aggravation des peines est prévue pour les personnes maltraitantes ayant autorité sur l'enfant.
- • **1995** : le Nouveau Code Pénal impose l'obligation de signaler la maltraitance à enfant (dérogation du secret professionnel : article 226-14 du CP) sauf circonstances particulières (il peut sinon, tomber sous le coup de l'article 62 du CP concernant la non-assistance à personne en danger). Possibilités d'alerter les autorités judiciaires et/ou administratives.
- • **Loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale** : dont nous a parlé le Juge HANOUE
- • **Janvier 2003** : création de l'Observatoire de l'enfance maltraitée

## **2. 2. fréquence et statistiques :**

[chiffres de l'ODAS – lettre de novembre 2002]

...chiffres nationaux. Je n'avais pas ceux de 2002 mais Mme Lerouge vous a énoncé ceux de la Manche pour 2002....

- • Evolution des signalements ASE de 1995 à 2001 en France Métropolitaine :

	<b>1995</b>	<b>1998</b>	<b>2001</b>
Enfants maltraités	20 000	19 000	18 000
Enfants en risque	45 000	64 000	67 500
<b>TOTAL enfants en danger</b>	<b>65 000</b>	<b>83 000</b>	<b>85 500</b>

- • Evolution des types de mauvais traitements de 1995 à 2001 en France Métropolitaine :

	<b>1995</b>	<b>1998</b>	<b>2001</b>
Violences physiques	7 000	7 000	5 800 <b>soit 1/3</b>
Abus sexuels	5 500	5 000	5 900 <b>soit 1/3</b>
Négligences lourdes	7 500	5 300	4 700 <b>soit 1/3</b>
Violences psychologiques		1 700	1 600 <b>sans doute beaucoup sous- estimée</b>
<b>TOTAL enfants maltraités</b>	<b>20 000</b>	<b>19 000</b>	<b>18 000</b>

- • Répartition par **âge** en 1996 : 40% ont moins de 1 an, 50 % ont moins de 3 ans
- • Répartition par **sexe** : en 1996 : 49,6% de filles et 50,4 % de garçons
- • **Décès** en 1996 : 300 à 600

- • Répartition des *enfants en risque* selon le type de risque :

▪ ▪ Risque éducatif	51 %
▪ ▪ Santé psychologique	17 %
▪ ▪ Sécurité	13 %
▪ ▪ Entretien	10 %
▪ ▪ Santé physique	6 %
▪ ▪ Moralité	3 %

- • Facteurs de danger à l'origine du signalement (proportion de départements les citant comme un des trois facteurs principaux) :
 

▪ ▪ Carences éducatives	97 %	(en augmentation)
▪ ▪ Conflits du couple et séparation	75 %	
▪ ▪ Problèmes psychopathologiques des parents	55 %	
▪ ▪ Dépendance à l'alcool ou à la drogue	23 %	
▪ ▪ Chômage, précarité, difficultés financières	20 %	(en augmentation)
▪ ▪ Maladie, décès d'un parents, chocs affectifs	5 %	
▪ ▪ Errance, marginalité	2 %	
▪ ▪ Environnement, habitat	2 %	
  
- • Antécédents de maltraitance :
  - ○ 85 % environ enfants ayant été maltraités dans leur enfance ne deviennent pas des parents maltraitants. 15% environ deviennent des parents maltraitants.
  - ○ 30 % des parents maltraitants ont été maltraités dans leur enfance
  - ○ 90% des enfants maltraités le sont par des parents ayant été maltraités.
  
- • On peut observer statistiquement depuis 1995 :
  - ○ une augmentation du nombre de signalements d'enfants en danger
  - ○ une augmentation sensible du nombre de signalement d'abus sexuels
  - ○ une forte évolution du nombre de saisines judiciaires pour les enfants en risques ; aujourd'hui un enfant n risque sur deux fait l'objet d'une saisine judiciaire. Cela tend à prouver qu'une prise de conscience apparaît et que la loi du silence se brise enfin.
  - ○ Le nombre de signalements d'enfants a très faiblement progressé en 1999. Pour l'ODAS, cette relative stabilisation résulte de la sensibilisation des professionnels et d'un meilleur repérage des enfants en danger ce qui permet une intervention plus en amont.

### **3. 3. facteurs de risques**

#### **PARTIE APPROFONDIE PAR MADAME VANDEWALLE**

(expliquer pourquoi facteurs de vulnérabilité individuelle plutôt que facteurs de risques environnementaux : option de l'individu : chaque situation est particulière et non généralisable). Comme vous l'a bien expliqué le juge Hanouet, c'est le cumul des difficultés qui augmentent les risques.

- • **facteurs de vulnérabilités liés à la personnalité des parents :**

80% des violences sont intra-familiales

\* La présence d'une **déficience et/ou pathologie psychiatrique parentale** entraîne une fréquence accrue des violences ou des négligences à enfants. Il peut s'agir de psychoses puerpérales ou de schizophrénies (négligences et violence liées au délire), de dépressions graves ou mélancoliques (suicide altruiste), de délire paranoïaque, de perversions, de personnalités psychopathiques (violence par non-contrôle émotionnel n'entraînant pas de culpabilité). L'alcoolisation ou la toxicomanie, associée ou non aux pathologies précitée accentuent encore le risque, comme la présence de problèmes médicaux graves. Cependant, la majeure partie des parents maltraitants ne présentent pas de pathologie psychiatrique avérée. En revanche, **30% ont été eux-mêmes maltraités dans l'enfance** (cf statt sur les antécédents de maltraitance). Beaucoup ont subi des placements multiples.

\* Le **couple parental** peut être conflictuel, violent (conflits réglés par enfant interposé), instable, fusionnel (l'enfant devient un possible rival), immature (parent jeunes) ou inexistant (mère seule).

\* Dans la plupart des cas, la maltraitance est prolongée et reste liée à la **qualité de l'investissement parental de l'enfant**, lui-même étroitement lié à la place de l'enfant dans la famille.

\* Différents types d'**interactions parents-enfants** peuvent être isolés :

1. 1. Relation de maîtrise, d'emprise (mécanismes obsessionnels ou paranoïaques) avec rigidité des principes éducatifs « en toute bonne conscience sur des modèles culturels et familiaux »
2. 2. Inconséquence et instabilité du cadre parental (peu de différenciation parents/enfants)
3. 3. Attente narcissique des parents (parentification précoce de l'enfant réparateur)
4. 4. Evitement et mise à distance car présence de pulsions agressives, meurtrières
5. 5. Perversité avec jouissance de la souffrance physique de l'enfant

==> Tensions dans les familles et passages à l'acte possible

- • **Facteurs lié à la grossesse et post-partum**

Il est reconnu qu'une grossesse non désirée (surtout en cas de demande d'IVG non satisfaite), mal investie (présence de jumeaux non souhaités par exemple), voire déniée, ou s'accompagnant de plaintes somatiques continues ou de pathologie avérée, reste un facteur de vulnérabilité à venir pour le bébé. Il faut prêter attention aux épisodes psychiatriques pendant la grossesse (TS, épisode délirant ou dépressif), aux propos négatifs des mères envers leurs bébés (absence de préparation à la venue de l'enfant, attentes anormales, projection d'agressivité : « le bébé ne m'aime pas »), ainsi qu'aux états dépressifs prolongés en post-partum et aux fatigues liées à l'isolement maternel (désemparement face aux soins : allaitement, sommeil, hygiène, etc.)

Ex : un bébé qui pleure trop dont la mère ne sait plus comment le calmer, qui « use ses nerfs » : « le balancer par la fenêtre » peut être une pensée possible à ce moment-là : si la mère peut le déposer dans un coin 10 minutes et revenir plus disponible ensuite ou demander à son conjoint de prendre le relais tout ira bien, mais elle peut être aussi dérangée par ces pensées (dépression et psychose peuvent majorer ce dérangement interne et pousser au passage à l'acte qui s'impose à elle).



- • **Facteurs liés à l'enfant**

Dès les premiers de vie, **le fait que l'enfant réel s'éloigne trop de l'enfant imaginaire reste un facteur de vulnérabilité** : prématurité, faible poids, pathologies précoces entraînant des séparations mère-bébé, atteintes somatiques congénitales ou acquises et/ou psychiatriques, enfant d'emblée différent à la naissance de l'enfant imaginaire (sexe, réactions familiales, deuil pendant la grossesse), handicap réel ou imaginaire. La place de l'enfant dans la filiation et la famille peut aussi le désigner comme persécuteur potentiel (enfant adultérin, enfant non reconnu, enfant de remplacement, jumeau non désiré). Enfin, en dehors de la petite enfance, l'adolescence reste une période où la résurgence du conflit oedipien et le vieillissement parental plus ou moins bien supporté accentuent les risques de maltraitance.

- • **Facteurs liés à la fratrie**

Les antécédents de mort suspecte, de fausse couche spontanée ou de mort subite inexplicée, de placement et/ou de mauvais traitements avérés dans la fratrie, sont aussi des facteurs de vulnérabilité.

- • **Facteurs socioculturels et économiques**

On retrouve plus souvent des familles monoparentales et/ou une mère très jeune, un milieu défavorisé (pauvreté socio-culturelle, chômage, le manque de ressources, difficultés ou exigüité de logement) [même si toutes les classes sociales peuvent être concernées] et un isolement familial plus ou moins absolu (pas de recours à un tiers extérieur). La transplantation récente (déracinement de familles isolées, absence de tiers aidant) et certains facteurs culturels peuvent devenir maltraitance lorsque la norme éducative perd son sens par rapport au lieu social et culturel dans lequel vivent les familles (châtiments corporels, travaux ménagers excessifs). Enfin des facteurs de stress pendant la grossesse ou la période périnatale comme un deuil récent ainsi que l'abandon du conjoint pendant la grossesse ou la période périnatale sont aussi plus fréquents dans les familles d'enfants victimes de mauvais traitements.

- • **Environnement institutionnel**

mise en cause de personnes ayant autorité sur l'enfant: personnel soignant, éducateur, famille d'accueil, enseignant.

=> *FACTEURS DECLANCHANTS* :prévisibles ( stress, fatigue, difficultés personnelles ) ou imprévisibles ( rupture brutal d'équilibre social, psychique ou de santé).

- • **Facteur de protection :**

Un facteur de protection contre les abus sexuels a été remarqué par des études canadiennes : les pères qui prennent part activement aux soins corporels précoces de leurs nourrissons abusent significativement beaucoup moins de leurs enfants. Or Mme Lerouge nous a signalé que la Manche bat des records en matière d'abus par les beaux-pères mais... ceux-ci n'étaient pas là pour changer les couches quand les enfants étaient tout petits. Le maternage des pères est une question à prendre en compte dans les problèmes de périnatalité. C'est certainement une piste intéressante mais qui nécessiterait d'abord d'être mieux évaluée avant de pouvoir l'utiliser.

#### **4. 4. définitions**

La loi ne définit pas les mauvais traitements à enfants, vraisemblablement parce qu'il existe une évolution dans le temps et des contrastes culturels en matière d'éducation. Il n'est alors pas toujours simple de marquer les limites entre protection parentale (éducation) et maltraitance. En France, l'ODAS (observatoire national de l'action sociale décentralisée) propose pourtant une définition de la **MALTRAITANCE** : « l'enfant maltraité est celui qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuel, négligence lourde ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». Dans le but de développer des actions préventives, elle définit aussi **L'ENFANT A RISQUE** : « celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité ».

Etymologie : mot absent du Petit Robert et du Littré. Par contre il y a maltraiter « mal traiter ».

Définitions juridiques :

- • de la mise en péril des mineurs (Code Pénal section V) : art 227-15 à 227-28 : privation d'aliments ou de soins, participation à des réunions comportant des exhibitions ou des relations sexuelles, diffusion image pornographique représentant un mineur, atteinte sexuelle sur mineur
- • délaissement du mineur (art 227)
- • des agressions sexuelles (art 222-22 à 222-23)

Qu'y a-t-il de commun entre le travail très précoce des enfants en Inde qui entraîne une mortalité souvent avant leur arrivée à l'âge adulte ; l'incorporation de jeunes enfants envoyés sur les champs de mines à l'avant des troupes comme on a pu le voir dans une guerre récente au Proche-Orient ; la déserrance des enfants des favelas d'Amérique du Sud, considérés par les forces de police comme un gibier qu'il faut chasser et tuer ; la prostitution des enfants d'Asie du Sud-Ouest, utilisés pour la jouissance des Européens ? Et à l'autre extrémité, la simple gifle reçue dans le milieu familial, qui peut entraîner le père devant les tribunaux de certains pays scandinaves.

Supposer une définition de la maltraitance veut dire qu'il y aurait une norme de bienveillance et celle-ci est encore à établir. Peut-on tout procurer à l'enfant ? Le refus n'est

pas une maltraitance . La punition est-elle une maltraitance et y a-t-il punition sans maltraitance ? Et sans aller jusque là, peut-on penser une frontière entre la simple négligence et la maltraitance ? Quant à la violence à enfant, elle peut avoir un aspect délibéré. Mais est-ce si sûr ? Bien sûr, on rencontre des situations où le désir de faire mal correspond à des jouissances propres aux adultes, mais on ne peut pour autant dire que les enfants battus soient toujours hors de l'amour de leurs parents.

Pour éviter tout malentendu, surtout sur le plan international, D. FINKELHOR ET J. KORBIN (*child abuse and neglect*, 1988 vol 13, P 3) proposent la définition suivante :

**Mauvais traitements subis par l'enfant qui résultent d'une action humaine qui est réprouvée, qui se produit dans l'environnement immédiat, et qui peut être prévenue.**

**\*qui résultent :** la cause est plus importante que le symptôme.

Etre mal nourri ou malade (symptômes) n'est pas forcément dû à un mauvais traitement. Il faut savoir le Pourquoi. Donc analyser les causes.

**\* action humaine :** pour éliminer les "causes naturelles" (enfants tués ou blessés par des tempêtes, des inondations, des tremblements de terre, des maladies congénitales). Bien sûr, certains de ces phénomènes peuvent être l'œuvre aussi bien de la nature elle-même que de l'homme. Pour parler d'enfant maltraité, il faut que la responsabilité humaine soit prépondérante.

**\* réprouvée :** toute action humaine nuisible n'est pas forcément un mauvais traitement. Par exemple: intervention chirurgicale qui finit mal, conduite de véhicule, sauf si une faute ou une négligence a été commise. A noter les différences culturelles qui peuvent exister mettant en cause des lois, des règlements, des comportements admis différents.

**\*environnement immédiat :** certaines actions humaines lointaines peuvent causer des nuisances aux enfants (famines, inondations). En revanche privation de nourriture, noyade, violence, etc... sont des mauvais traitements.

**\*qui peut être prévenue :** par exemple, dans un pays où n'existe pas de traitement ou de vaccins disponibles, la mort d'un enfant est une fatalité. Dans le cas où ces moyens sont disponibles, il y a négligence.

## QUELQUES EXEMPLES DE LA RELATIVITE DU CONCEPT DE TRAITEMENT AU PLAN INTERNATIONAL

### 1. INTENTIONNALITE / NON INTENTIONNALITE :

- Un parent brûle un doigt de son enfant : mauvais traitement intentionnel.
- Un enfant se brûle la main en travaillant dans un atelier mal éclairé : mauvais traitement non intentionnel.

### 2. ACTES SOCIALEMENT CENSURES / ACTES SOCIALEMENT APPROUVES :

- Brûler un enfant au visage: mauvais traitement, négligence.
- Ne pas brûler un enfant au visage dans certaines tribus primitives : mauvais traitement, négligence. Plus un comportement viole les normes culturelles, plus il apparaît comme un mauvais traitement. Néanmoins, cette notion culturelle peut être réduite devant un consensus international : les enfants iraniens sautant dans un champ de mines sont des héros-martyrs en Iran ; ils sont maltraités sur le plan international.
- Même remarque pour la clitoridectomie et l'infibulation des fillettes dans certaines sociétés mises pourtant au ban international.
- D'une manière générale si des pratiques culturellement acceptées augmentent la morbidité-mortalité, la désapprobation internationale existe.

### 3. ACTES PERPETRES PAR DES INDIVIDUS / PAR DES ORGANISATIONS, DES GOUVERNEMENTS, DES SOCIETES, DES RELIGIONS.

- Encouragement par des multinationales à nourrir les bébés au lait artificiel : mauvais traitement socialement induit.
- Une mère nourrissant mal son bébé : mauvais traitement induit par un individu.

NB : il semble qu'on ait tendance à considérer que ce dernier exemple appartient à la négligence, et que ce n'est pas le cas du premier ... ?

### 4. VICTIMES ENFANTS / VICTIMES COMPENANT D'AUTRES GROUPES SOCIAUX :

Par exemple la prostitution sera considérée comme plus nocive pour l'enfant que pour l'adulte sans nier sa nocivité pour ce dernier.

### 5. ENFANT RECONNU COMME PERSONNE / ENFANT NON RECONNU COMME PERSONNE :

**La notion d'être humain change d'une société à l'autre .**  
Exemple de la question de l'avortement : dès la conception, dès la naissance , après quelques minutes-heures de vie après la naissance ?

**LE COUPABLE SE DIT VICTIME :** Pour l'abuseur on parle de « délire » d'innocence ! La réalité n'étant pas soutenable, elle est déniée, rangée, clivée. De ce fait, l'abuseur se dit victime de la famille, des voisins, de la police, de la société ou encore de machination. Il agit dans un contexte de domination-séduction ? L'abus prouvant la supériorité de l'abuseur : preuve de sa « virilité ». On peut parler d' « envoûtement » de l'enfant, piégé entre tendresse et menaces. [cas d'abus sexuel père-fille par exemple]. La mère, souvent, a un rôle ambigu, passive, tolérante, niant le passage à l'acte. Quand l'abuseur reconnaît sa culpabilité, ce qui est rare, elle peut être thérapeutique. Dans le cadre des violences sexuelles entre enfants et ados, il s'agit d'imposer là aussi aux plus faibles la volonté des plus forts (société des caïds, chefs de bande) plus pour les assurer sur leur pouvoir que pour l'accomplissement d'un acte sexuel. Par ailleurs, dans l'histoire des abuseurs, on retrouve des antécédents d'abus sexuels dans 20 à 30 % des cas, de carence affective, d'immatrité, d'interdit de l'inceste mal défini, de familles à climat incestueux et de relations de séduction des adultes aux enfants.

**L'OBJET :** L'enfant maltraité est souvent nommé, réifié ou imaginé comme un objet et non pas comme un individu à part entière. On retrouve : l'enfant Roi, l'enfant tout-puissant, l'enfant objet (pourvoyeur de satisfactions), l'enfant virtuel (des médias), l'enfant virtuel (des médias), l'enfant idéal (projection de l'imaginaire parental)... rarement l'enfant réel à découvrir et à élever.

**LE SUJET :** Il est indispensable de connaître les stades de développement de l'enfant pour comprendre ses réactions. Ce qui est normal pour un enfant de trois ans ne l'est plus à huit ans. Car l'enfant est bien une personne, un être en devenir. D'où l'importance du travail sur le regard, sur le lien d'affection, de respect et d'écoute. Pour aller de l'image au sujet qui nous fait face, le psy utilise son empathie. Un regard affectueux et apaisé est nécessaire, à l'inverse du regard des parents se vivant comme incompetents ou mal jugés par autrui.

**LE GROUPE :** Mais si l'individu est unique, il n'est pas seul ; il s'inscrit dans un processus identitaire avec des liens tissés avec les autres. L'individuation est le principe par lequel l'enfant prend conscience de son individualité et va la développer, avec le concours de la mère pour surmonter les angoisses liées à son autonomie et avec les limites fixées habituellement par le père.

LES LIMITES OU LES REGLES : Y a-t-il des limites à la liberté ? Les limites sont-elles utiles pour les parents, pour les enfants ? L'interdit est « pacificateur ». Il est nécessaire et structurant. Les libertés illimitées augmentent l'iniquité en favorisant les égoïsmes des mieux lotis et des plus forts. En l'absence de père, de référents, de cadres, de religion, de limites, qui définit ces limites ? Aujourd'hui, malheureusement seuls les juges, les médecins, mais aussi les médias audiovisuels ou Internet ont cette capacité.

L'enfant-victime se trouve à la merci de l'adulte, subissant les pressions physiques ou morales de ce dernier sans recours à une tierce raison. Dépassé par la menace, pris à la gorge d'angoisses pétrifiantes l'enfant est saisi par l'urgence, et s'accroche à ce qui reste de positif par une identification à l'agresseur dont il peut nier l'agression.

Enfin les conséquences de la violence constituent un sujet qui mérite une prudence redoublée étant pris d'emblée dans une polémique très actuelle : la violence, que l'on soit pour ou contre, suscite toujours de la violence. Cet aspect contagieux s'analyse psychologiquement en termes d'imitation, d'imprégnation et de levée des inhibitions. Cette notion doit être gardée à l'esprit par les professionnels s'occupant d'enfants maltraités.

Sans mots, sans limites, l'expression du corps devient le seul langage. Les passages à l'acte sont la seule issue. Il faut découvrir un cadre et ses limites pour se reconstruire. Il faut être entendu.

La société demande aux psy de réparer ce qui a échoué de l'autorité.

La question qui se pose est celle de l'**autorité** [droit de commander, pouvoir reconnu ou non d'imposer l'obéissance]. Est-elle indispensable ou ne vient-elle qu'à la place du **respect** [fait de prendre en considération]? ...

Exemple : Maela : ses parents viennent me demander sur conseils du juge et de l'ASE une préparation du retour de leur fille Maela chez eux après 4 ans de placement. Parents menacent de tout faire pour la récupérer. Au départ père accusé de maltraitance (une baffe dénoncée par l'institut après de confidences de Maela), l'enquête de l'époque met en évidence d'énormes conflits mère-fille en lien avec des relations particulières avec la grand-mère maternelle. En contactant l'ASE et l'institution, difficultés à mettre le suivi en place. Suivi débute, on explore la dynamique familiale. Enormément de pression affective sur le dos de Maela. Echec lors de petites vacances précèdent un jugement : Maela écrit au juge qu'elle ne veut pas rentrer chez elle. Déception des parents qui accusent Maela. Parents abandonnent tout. Reprise du suivi plusieurs mois après. Mère refuse de reparler des histoires familiales.

Guidance parentale sur autorité. Peur ont peur d'être autoritaires. Plainte posée contre prof de l'aîné qui lui a mis une baffe. Affaire classée. Parents menacent de partir du jour au lendemain en abandonnant l'aîné et Maela (il y a 3 autres enfants derrière).



## **5. 5. les 4 types de maltraitance**

Le grand groupe de la maltraitance est divisé en **quatre catégories** par l'ODAS : les [violences physiques](#), la [cruauté mentale](#), les [négligences lourdes](#) et les [abus sexuels](#). De manière générale, les **maltraitements sont polymorphes**, difficiles à ranger dans une seule catégorie car les mécanismes sont rarement uniques, **le plus souvent associés à des degrés variés**. On les classe donc par leur forme prédominante.

Notons ainsi que **l'atteinte psychologique de l'enfant existe ipso facto pour tout type** de maltraitance (par exemple: l'enfant battu éprouve une peur constante d'être frappé). En effet, en cas de maltraitance, le traumatisme fondamental que l'enfant subit sur un plan affectif est celui d'une trahison par les personnes en qui il devrait avoir totalement confiance, trahison doublée d'un sentiment d'impuissance et de perception négative de lui-même. Ainsi en dehors de la peur et la douleur, **ce qui donne la dimension traumatique de l'épisode, c'est le sentiment qu'un adulte a trahi la confiance et l'affection de l'enfant en l'absence de protection (support) par un autre adulte.**

Pour l'enfant se pose la question de ne pas être aimé par ses parents : est-ce possible ? La mère qui est son premier objet d'amour, peut-elle ne pas l'aimer ? Il adhère aux dires et aux faits de ses parents car il pense ne pas pouvoir être aimé autrement ou alors plus du tout. Il peut même idéaliser un parent maltraitant tellement il lui est vital de maintenir quelque part cet amour de confiance. On ne peut énoncer l'impensable, d'où le déni (refus inconscient)

Les conséquences de la maltraitance sont elles-aussi polymorphes : lésions physiques, troubles de l'état général et du développement psychoaffectif et social de l'enfant. Ces conséquences donnent donc lieu à toutes sortes de signes de repérage. La maltraitance rassemble un cumul de risques et un cumul des types de maltraitements. Les catalogues pour décrire les situations de maltraitance ne peuvent être exhaustifs. Il est donc important de garder à l'esprit que malgré ces descriptions en 4 types avec tel ou tels signes, chaque cas est individuel en fonction de l'histoire de chaque enfant et de chaque famille et que les conséquences psychologiques peuvent être variées, différentes selon chaque enfant. La compréhension de ce qui se passe se situe à un niveau de complexité élevé qui rend la parole de l'enfant d'autant plus difficile.

Pour chaque type de maltraitance, nous allons donner les synonymes, la description des sévices puis les signes de repérage. Remarque importante : « la prudence et un sain esprit

critique sont de rigueur pour ce qui regarde l'utilisation des divers catalogues d'indicateurs médicaux ou les listes psychométriques d'indicateurs comportementaux » (H. Van Gijsegem, in « l'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : voir réf. Biblio)

Les cas que je vous citerai sont anonymisés et ne sont que des exemples non généralisables.

La maltraitance constitue un sujet très vaste qui comporte beaucoup de flou, lié à la polysémie du terme même et aussi au fait des multiples registres auxquels il emprunte. Ainsi la chronologie des maltraitances se fait du plus voyant au moins visible: d'abord les enfants battus, puis les abus sexuels et les maltraitances psychologiques et enfin les négligences.

Par ailleurs, aux usages actuels, il est probablement nécessaire de réintroduire un peu de bon sens : le risque de flamber à propos de maltraitance d'un enfant est de rétablir d'autres formes de maltraitance. A s'opposer à celles qui sont par excès, on s'expose à des maltraitances par défaut. Notre société se veut très protectrice (au nom de quelle réparation/culpabilité, ou de quel fantasme de tout-puissance). Or, plus le souci de protection est élevé et plus le champ de la maltraitance s'élargit puisque doit être considéré comme maltraité celui qui n'a pas été suffisamment protégé. L'agressivité apparaît *a priori* condamnable. Il est difficile de la faire entendre comme une valeur. On peut se demander si une éducation sans agressivité est possible. L'amour n'est pas synonyme de laxisme. Le problème dans l'éducation ce n'est pas d'éviter la violence, mais d'éduquer à l'éviter, sans annihiler la légitime agressivité. Cette réflexion doit nous éviter d'aller trop vite en répondant par une violence aveugle et sans compréhension à la violence parfois inconsciente ou involontaire des parents. C'est là le difficile travail de ceux qui viennent en aide aux enfants maltraités : éviter de basculer dans leur propre violence... et les cercles vicieux sont subtils...

De nouvelles formes peuvent alors être décrites : comme celles liées aux séparations parentales, à la pression de l'école, les fausses allégations d'abus sexuels...etc....

## 6. 6. les sévices physiques

### • • *Les sévices physiques classiques*

1. 1. Synonymes: mauvais traitements physiques, violences physiques, maltraitance classique, enfants battus, [anglais: *physical abuse*]
2. 2. Description des sévices : **de l'évidence à la nuance : des traces franches aux signes subtils**

Difficultés à faire la part des choses entre maltraitance réelle et sévérité éducative. Les valeurs éducatives sont disparates. En 1994 voici le sondage IFOP sur classement par les parents des punitions éducatives :

- • 73 % interdiction de télévision
- • 61 % interdiction de sortie et de voir ses copains
- • 47 % fessées
- • 24 % privation de dessert
- • 14 % gifles

... de 1982 à 1994 : augmentation des châtiments corporels surtout de la part des mères (famille monoparentale, « carence » paternelle)

Actuellement en France, selon une enquête SOFRES de janvier 1999, seulement 12,5% des personnes interrogés ayant des enfants ne leur donnent jamais de coups, 33% en donnent rarement et 54,5% en donnent plus souvent. Les plus âgés et les moins diplômés des enquêtés ont été les plus battus dans leur enfance. Ce sont eux qui à leur tour utilisent plus fréquemment les châtiments physiques avec leurs enfants. Pourtant, dans la masse d'ouvrages consacrés à l'éducation disponibles dans toutes les librairies, aucun auteur ne vante les bienfaits des punitions corporelles que 3 petits français sur 4 subissent régulièrement.

En France, le règlement scolaire modèle du 18 juillet 1882 avait rappelé l'interdiction absolue des châtiments corporels mais, l'obéissance étant demeurée une vertu, les punitions physiques ont continué malgré l'interdit de la loi, souvent avec la complicité des parents, ainsi que les sanctions expiatoires dénoncées par Piaget, sanctions hiérarchiques et discrétionnaires à l'initiative de l'enseignant, seul maître dans sa classe. En 1987, l'état des lieux dressé par Bernard DOUET (cf biblio) montrait bien le chemin à parcourir pour aboutir à la mise en place d'une véritable discipline éducative.

### **\* SEVICES PHYSIQUES**

- **Brutalité**
- **Fractures**
- **Hématomes, ecchymoses**
- **Brûlures, morsures, griffures**
- **Epanchements crâniens sous-duraux**
- **Lésions viscérales par éclatement, hémorragies**

Par mauvais traitements physiques, on entend des actes de violence tels que les coups, les heurts, les secousses, les brûlures par des solides ou des liquides, les empoisonnements, etc.

La gravité des lésions physiques ne dépend pas seulement de la violence des actes commis par les parents, mais est fortement reliée à l'âge de l'enfant. Chez les enfants en bas âge, la quasi totalité des actes de violence laissent des traces sur le corps (hormis le syndrome des bébés secoués de Caffey ). Chez les enfants plus âgés, les châtiments corporels peuvent être difficiles à détecter, même s'ils sont administrés depuis longtemps. Le syndrome de Silverman (synonymes : syndrome de Tardieu, syndrome de Silverman et Kempe) reste le modèle de description des enfants battus.

Les mauvais traitements physiques peuvent causer des dommages physiques et psychiques (pour répéter une fois de plus que les types de maltraitements sont intriqués...).

#### 3. les symptômes révélateurs : signes de repérages

- • **LESIONS CUTANÉES :**

**->Ecchymoses et traces de coups inexplicables**

:

- • Sur le visage, les lèvres, la bouche, le thorax, le dos, les fesses, les cuisses
- • Blessure par instrument contondant (excoriation, ecchymose, hématome, plaie contuse) .
- • A des degrés divers de cicatrisation
- • Formant un dessin régulier ayant la forme de l'objet ayant servi à les infliger (boucle de ceinture, fil électrique ...).
- • Apparaissant régulièrement après une absence ou des vacances.

**->Plaies :**

- • Blessures par instruments pointus ou tranchants (fourchette, couteau, ciseaux).
- • Par morsure.
- • Par choc contre un objet tranchant (chute sur baignoire, lavabo, cuisinière).
- • Ces lésions sont suspectes par leur localisation inhabituelle.
- • On peut aussi trouver une absence de soins sur une longue durée : saleté générale, ectoparasitose, infections cutanées à répétition, abcès, dermatoses impétigineuses, ...)

#### ->Brûlures inexpliquées :

- • Brûlures de cigarettes (plante des pieds, paume des mains, dos, fesses)
- • Brûlures par l'eau chaude
- • En forme d'appareil électrique chauffant, de fer à repasser.
- • Brûlures circulaires sur les bras, jambes, cou, thorax.
- • Lésions endobuccales
- • Brûlures = 10 % des maltraités, surtout jeunes (age moyen 32 mois) sur localisation cachées (périnée, extrémités des membres, fesses, face antérieure des hanches, paroi abdominale basse)

#### ->Alopécies :

- • Absence de cheveux indiquant des arrachements répétés. Par carence ou arrachement (trichotillomanie en localisation)

#### • • FRACTURES ET TRAUMATISMES CRANIENS :

##### ->Fractures :

- • Elles sont fréquentes.
- • Souvent consécutives à un traumatisme direct (crâne, côtes, os du nez, dents) .
- • Surtout avant 2 ans : 50 % des enfants battus ont des fractures ;
- • Gravité : les lésions intra-abdominales représentent la 2<sup>ième</sup> cause de décès des enfants battus.
- • 20 % des enfants battus sont diagnostiqués sur RX . Le **syndrome de Silverman** associe lésions cutanées et lésions osseuses : on retrouve sur les radios des fractures particulières d'âges différents associés à des hématomes, griffures, etc qui alertent le médecin par leur répétition, leurs emplacements inhabituels, les explications alambiquées et l'absence de maladie causale.

##### ->Traumatismes crâniens :

- • GRAVITE : Surtout avant l'âge de 2 ans, on trouve 25% de traumatismes de traumatismes crâniens graves chez les enfants battus

(première cause de décès par traumatisme non accidentel), 10 % ont une fracture du crâne

- • **Syndrome de l'enfant secoué de Caffey**: rupture des veines intracrâniennes, hématomes intracrâniens : HSD, décollement de rétine. Peu de signes extérieurs (marques cutanées où l'enfant a été maintenu) mais conséquences graves (20 % décès , 80 % de séquelles (hémorragies méningées et rétinienne : cécité, déficit moteur, retard psychomoteur)

EXEMPLE de Jean : 3 ans, mère enceinte à 17 ans, heureuse au début d'être enceinte puis désinvestit sa grossesse. Ne s'est pas intéressée à l'enfant une fois né. Le père âgé de 7 ans de plus ne demandait qu'à mater. Elle le quitte quand Jean a 6 mois. Jusqu'à 15 mois Jean a un développement psychomoteur normal, il est gardé par une nourrice en journée. A 15 mois la mère qui a refait sa vie demande un droit de visite et quelques mois plus tard elle refuse de le rendre au père. Un mois plus tard il est hospitalisé et le diagnostic de syndrome de Silverman est établi (multiples fractures, régression de la communication). La justice est saisie. Il est retiré de chez ses parents pendant un an puis rendu à son père sous conditions qu'il retrouve sa nourrice en journée, qu'il bénéficie d'une AEMO et qu'il soit pris en charge en pédopsychiatrie. Quand je l'ai rencontré : père très méfiant et psychorigide ne semblant pas avoir conscience des besoins d'un enfant tout en manifestant sa joie de l'avoir récupéré ; nourrice très fâchée contre mère et demandeuse de conseils par rapport aux symptômes quotidiens de Jean ; Jean ( deux ans et demi) : replié dans son monde, allongé par terre et jouant avec ses mains, vocabulaire de 4 mots mais s'amusant parfois à quitter en riant le bureau. Ce qui correspond à des symptômes d'allure autistique susceptibles de s'améliorer à court terme à la condition qu'il soit dans un milieu affectif stable et qu'il bénéficie d'une prise en charge à type d'hôpital de jour et de psychothérapie individuelle. Deux mois plus tard, le père est dépassé par des difficultés financières et professionnelles, la nourrice est en difficulté par rapport au père (elle a longtemps suppléé aux carences du père en matière d'hygiène, d'habillement et parfois de nourriture) mais avec Jean elle a pu établir des relations éducatives de confiance : lui apprendre la propreté (alors que lorsqu'elle l'avait récupéré, il mettait des excréments partout) et jusqu'à lui apprendre des petites chansons. Le père quitte alors brutalement le Calvados pour emmener Jean chez sa mère. La justice est saisie et Jean va alors être placé en famille d'accueil.

- • **syndrome de Münchhausen par procuration**

(à citer juste sauf si il y a le temps)

Le syndrome de Münchhausen par procuration est un trouble rare se situant à la frontière des champs pédiatriques, psychiatriques et légaux. Les patients qui présentent ce trouble allèguent ou induisent délibérément et de façon persistante des symptômes physiques chez un autre sujet, dans le but de le faire passer pour malade. Dans la grande majorité des cas, l'auteur de ces comportements est une femme et la victime son propre enfant. Il s'agit

donc d'une forme très particulière de maltraitance à enfant mettant en jeu systématiquement un tiers : le médecin. Celui-ci, conduit par le récit et les manipulations maternelles produit une série d'investigations diagnostiques et d'interventions thérapeutiques inutiles et parfois dangereuses qui participent à l'aggravation des troubles de l'enfant.

Ce syndrome se prête à une large médiatisation alors même que sa prévalence est extrêmement réduite. En effet environ 250 cas sont répertoriés dans la littérature internationale médicale depuis 1977, date de sa première description par Meadow qui emprunte ce nom au syndrome de Münchhausen concernant des pathologies factices de l'adulte auto infligées et dont le patronyme a lui-même été emprunté à un baron allemand du XIX<sup>ième</sup> siècle (anglicisé, il devient *Munchausen*).

Cette pathologie frappe l'imagination par l'énergie et l'inventivité mises en jeu pour simuler et dissimuler le symptôme mais surtout par la discordance entre les sentiments maternels affichés et la nature profondément agressive des actes commis puisque la mortalité observée est de 10% (donnée statistique majeure devant être gardée à l'esprit par tous les professionnels). Lorsque cette pathologie est identifiée, elle entraîne une procédure judiciaire systématique.

Nous utiliserons l'abréviation SMPP dans le reste de cet article pour désigner le syndrome de Münchhausen par procuration.

Le SMPP recouvre à la fois:

- la création factice d'une maladie de l'enfant par sa mère,
- l'acharnement médical rapidement iatrogène qui en résulte,
- et la pathologie du lien entre la mère et l'enfant.

Actuellement la définition la plus pragmatique est celle proposée par Rosenberg en 1987 sur 4 critères:

- maladie simulée et/ou produite par un parent sur son enfant .
- présentation répétée de l'enfant pour des soins médicaux ou chirurgicaux conduisant à des procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples.
- déni de la connaissance de l'origine des troubles par le parent responsable.
- régression des symptômes quand est instaurée une séparation parent-enfant.

La fréquence du SMPP est probablement sous-estimé puisque la première difficulté diagnostique est d'y penser .

Meadow et Rosenberg ont établi une liste d'éléments de suspicion s'appuyant :

*-d'une part sur la maladie de l'enfant:longue, inhabituelle, avec des éléments bizarres voire extravagants, sans aucune cause retrouvée, avec des symptômes disparaissant lors d'une séparation mère-enfant; de plus le traitement est souvent mal toléré . Il s'agit souvent du dernier enfant de la fratrie et on retrouve des décès inexpliqués dans la fratrie.*

*-et d'autre part sur l'attitude de la mère qui établit des relations privilégiées avec les équipes soignantes, qui est très présente au chevet de son enfant, qui parait moins concernée que le médecin par la maladie et qui accueille favorablement toute investigation médicale complémentaire même les plus pénibles pour l'enfant.*

La symptomatologie factice pédiatrique est variée. Elle dépend des connaissances du parent inducteur. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont les manifestations hémorragiques, les convulsions, les dépressions du système nerveux central et les apnées.

Trois modes de production des symptômes sont possibles : ils peuvent être purement et simplement inventés, il s'agit alors de fausses allégations ; ils peuvent être simulés par falsification des examens complémentaires pratiqués ; ils peuvent être, enfin, activement provoqués sur le corps de l'enfant.

La morbidité physique est fonction du caractère invasif des méthodes diagnostiques ou thérapeutiques. La morbidité psychologique a été très peu étudiée. On y retrouve une tolérance passive devant les procédures médicales et le risque de développer ultérieurement somatisations, conversions hystériques et syndrome de Münchhausen.

Un profil-type de l'inducteur des troubles a été décrit par les pédiatres: mère biologique de l'enfant dans 92 % des cas, son âge moyen est de 29 ans, elle est mariée mais le père est absent physiquement ou affectivement, elle a fait une formation paramédicale centrée sur l'enfance souvent sans aller jusqu'au diplôme , et on retrouve des antécédents psychiatriques à type de syndrome de Münchhausen, conduites addictives et tentatives de suicide.

Dès la suspicion diagnostique, la stratégie consiste à protéger l'enfant tout en rassemblant un maximum d'argument dans un but médico-légal , qu'il s'agisse de méthodes médicales objectives et subjectives ou de méthodes inquisitrices en coopération avec la justice, y compris pour une séparation mère-enfant.



## 7. 7. La négligence

- • Synonymes : négligences graves, négligences lourdes, carences de soin, [anglais : *emotional neglect*]
- • Description des sévices :

### \* NEGLIGENCES GRAVES

- **Absence de soins : non satisfaction des besoins physiologiques (alimentation, homéothermie, sommeil) et/ou affectif (amour, tendresse, protection face aux dangers)**
- • **Inadéquation des soins par rapport à l'âge et au développement de l'enfant.**

Le terme de négligence décrit le fait que les enfants qui doivent être nourris, qui ont besoin de soins, d'hygiène, de surveillance et de protection de la part des adultes ne reçoivent pas ou pas suffisamment les soins indispensables à leur survie et à leur bien être qui en sont alors compromis ou gravement atteints.

Dans les cas graves, la négligence des enfants en bas âge peut entraîner la mort par sous-alimentation, malnutrition, déshydratation ou par infections. Il faut s'attendre aussi à de graves retards dans le développement psychique.

- les symptômes révélateurs : signes de repérages : **Lésions toujours non traumatiques...**

- - *dénutrition et déshydratation :*

\* La négligence et le manque de soins entraînent un retard important de développement - poids, taille - pouvant aller jusqu'à la dénutrition grave et au nanisme psycho social voire au décès. Se méfier donc des cassures des courbes de poids et taille > 2 DS.

\* inadaptation des dires des parents par rapport à l'état de l'enfant ; indifférence ; peu d'inquiétude par rapport à la perte de poids alors que l'enfant est décrit comme facile à nourrir.

\*séparation => reprise de poids, taille et PC

- - *négligence :*

- \* retard à consulter pour des problèmes de santé
- \*retard à l'administration de traitement
- \* absence de surveillance (cinéma, voiture, etc) et de précautions domestiques
- \* répétition des mêmes accidents ou intoxications chez l'enfant
- \* absence de coopération avec les services sociaux ou médicaux (PMI)
- \*parents jeunes ou toxicomanes, alcooliques ou malades mentaux ou isolement social

- - *certain refus de soins* (traitements médicamenteux et opérations chirurgicales). Sectes
- - *Intoxications volontaire pendant la grossesse* (alcool ; fœtopathie)

- • les signes psychologiques des négligences :

Toujours tenir compte d'une symptomatologie en fonction du stade de développement de l'enfant et pas seulement de l'âge civil. Pas de signe pathognomonique : tout est possible...

- - *troubles cognitifs :*

- \* inattention
- \* mémorisation défailante
- \* troubles des apprentissages
- \* désinvestissement des sources habituelles d'intérêt

- - *retards et troubles du développement* (39 % des victimes

d'âge préscolaire) :

- \* retard d'apparition du langage
- \* retard de parole et de langage

- \* retard ou non-acquisition de la propreté
- \* troubles psychomoteurs (hypertonie défensive du nourrisson, inhibition gestuelle)

- - *troubles du comportement :*

- \* instabilité psychomotrice
- \* conduites d'opposition
- \* agressivité ; irritabilité
- \* inhibition (repli autistique chez le nourrisson)
- \* manifestations anxieuse (PTSD) et/ou dépressives
- \* fugues ; conduites suicidaires (adolescence)

- - *Manifestations psychosomatiques :*

- \* troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnies)
- \* troubles de l'alimentation (anorexie, mérycisme)
- \* plaintes somatiques céphalées, douleurs abdominales)

## 8. 8. Les sévices psychiques

- • **Les sévices psychiques**

Fréquents en pratique pédopsychiatrique, repérage et définitions difficiles.

Les violences psychologiques accompagnent évidemment les violences physiques et sexuelles (tendance généralisée à séparer soma et psyché). Dans les cas présent, on considère qu'il y a absence d'agressions physiques et violences psychologiques exclusives.

- • Synonymes : violence psychologiques, cruauté mentale , mauvais traitements psychologiques , harcèlement moral , [anglais : *psychological abuse*]
- • Description des sévices :

**\* SEVICES PSYCHOLOGIQUES**

- **Humiliations, injures, brimades.**
- **Comportements sadiques, pervers.**
- **Manifestations de rejet**
- **Abandon affectif**
- **Exigences disproportionnées à l'âge et au développement de l'enfant**
- **Punitions excessives**
- • **Refus de subvenir aux besoins de socialisation**

Les mauvais traitements psychiques désignent des actes et attitudes répétés qui terrorisent l'enfant, l'humilient, l'offensent, le surmènent et lui donnent l'impression d'être rejeté, d'être sans valeur. Il s'agit selon la définition de l'ODAS de *l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique de l'enfant : humiliation, verbale ou non verbale, menace verbale répétée, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigence excessive disproportionnée à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter*. En font partie les menaces de suicide, les menaces de quitter l'enfant ou la famille. Cette maltraitance est difficile à apprécier. Il importe, pour évaluer les mauvais traitements psychologiques, d'observer les inter-actions entre les adultes et les enfants concernés. Il faut les évaluer en fonction de la phase de développement de l'enfant.

Les mauvais traitements psychiques peuvent notamment causer de graves troubles de la croissance et du développement.

- les facteurs de risques :
  - - séparations parentales ++++
  - - école
  - - institutions substitutives, baby-sitter et nourrices
- les symptômes révélateurs : signes de repérages

### **->TROUBLES DU DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR**

- • Retard de langage
- • Retard du développement psychomoteur
- • Difficultés scolaires ou baisse brutale du rendement scolaire (rêveur, inattentif, instable)

### **->TROUBLES DU COMPORTEMENT**

- ○ Syndrome dépressif ++ => triste, apeuré, s'isole, culpabilité +++ , manque de confiance en soi ++ « je n'y arrive pas », « on ne m'aime pas » Attention au niveau très variable de l'expressivité affective : plus l'enfant est jeune et moins il a conscience de ses vécus négatifs, notamment de sa tristesse et de ses troubles de l'estime de soi.
- ○ Anxiété ++
- ○ Arrêt de l'enfance : Incapacité à jouer - Pseudo-maturité - "Protège ses parents"
- ○ Syndrome régressif : Quête affective ++ auprès de toute personne
- ○ Hyperactivité, agressivité, provocations
- ○ Délits, vols
- ○ Absentéisme scolaire ou fugue, refus de rentrer à la maison
- ○ Tentatives de suicides

### **->TROUBLES "SOMATIQUES"**

- ○ Troubles du sommeil ==>Endormissement difficile, réveils nocturnes, cauchemars
- ○ Enurésie, encoprésie
- ○ Maux de ventre +++, de tête, de dos
- ○ Anorexie, boulimie

### **->AUTRES:**

tableaux d'allure autistiques (retrait, arrêt de la communication)

- • séparation parentale

parler du critiquable Syndrome d'Aliénation Parentale créé par le Dr Gardner en 1985?

Le divorce des parents peut, dans un très grand nombre de cas, être considéré comme une maltraitance de l'enfant.

Garde alternée : les besoins de continuité de l'enfant s'inscrivent dans un triple continuum corporel, affectif et social. Le corps de l'enfant s'identifie à la maison où il vit, et quand la maison (espace où les parents ont été unis) est détruite, l'enfant va connaître deux niveaux de déstructuration au niveau spatial et au niveau affectif. F.Dolto recommandait que l'enfant passe au moins deux jours par semaine avec le parent discontinu (celui qui n'a pas la garde), selon un forfait de temps à aménager. Les jours de visite doivent être préalablement connus de l'enfant.

Le découpage du temps chez les concubins (non mariés) est particulier et a des incidences lors des séparations avec une tendance à la négation d'une anticipation temporelle et à un refus d'inscription dans la durée. Le système de la répartition des tâches s'appuyant traditionnellement chez les couples mariés sur une division sexuelle du travail est remplacé chez les concubins par une répartition beaucoup plus instable, très marquée par un découpage temporel. La venue de l'enfant vient annuler la revendication de provisoire puisque l'enfant est signe de durée. Or, un tel principe de répartition voit naître un phénomène d'arithmétique sentimentale selon lequel un individu de plus entraîne moins d'amour. Qu'est-ce qui se joue alors derrière ce partage de l'enfant ? Dénier de la séparation du couple ? ou de son échec ? ou déni mortifère de l'existence de cet enfant ?

On voit aussi souvent un parent demander au jeune enfant de choisir (avant 13 ans) avec qui il veut vivre : or ce n'est pas possible, les enjeux affectifs sont trop importants. Il est aussi essentiel de rappeler l'importance que chaque parent ne livre pas à l'enfant ses critiques sur l'autre parent et que l'enfant puisse lui parler librement de l'autre parent .

- • les violences inhérentes aux protagonistes :
  - - propos dévalorisants pour l'autre parent
  - - questionnaire inquisiteur d'un parent
  - - clivage humiliant des objets (vêtements, jouets) : le syndrome du bloc opératoire

- - les appels téléphoniques intempestifs, les propos aliénants, le harcèlement
- - le non respect des engagements (DDVH) et droits > devoirs
- - la suppression des activités d'éveils de WE
- - le silence, l'oubli, guère mieux que la présence agressive
- - l'obligation du choix faite aux enfants, culpabilisation, chantage au suicide
- - le rôle de l'entourage familial

- • les violences inhérentes aux institutions :

*\* justice*

- - lenteurs de la justice
- - limites de l'action judiciaire dans la vie privée
- - enfant ne comprend pas ne pas être entendu
- - inégalités sociales face à l'accès à la justice
- - dévalorisation de la « justesse de la justice » par non respect des décisions judiciaires, altération du rôle protecteur et régulateur de la Justice dans l'esprit de l'enfant (idem dans les classements sans suite dans les affaires pénales)
- - décisions judiciaires reposant sur un droit ressenti comme injuste (prestations compensatoires)

*\*gendarmerie et police*

- - appels fréquents pour menaces, conflits autour des DDVH
- - plaintes et mains courantes répétées
- - mesures de protection difficilement applicables
- - services chargés de la protection et de la sécurité voient aussi leur image dévalorisée

*\*médecine et psychiatrie*

- - absence de réponse aux demandes d'aide, aux certificats
- - immixtion dans les affaires de famille (conseil de famille)
- - consultations non contradictoires

- - parfois « leurre » de la consultation (parfois conseillée par les services sociaux). Faire parler l'enfant de ce qu'il vit ? mais pourquoi ? l'enfant attend une réponse concrète à sa souffrance. Rappelons qu'avec des difficultés scolaires et un divorce parental sur le dos, l'enfant a quasiment 100% de chances de rencontrer un pédopsy....

*\* échec collectif des institutions et des personnes*

- - succession des intervenants régulièrement impuissants pour modifier une situation (services sociaux, santé, force de l'ordre, justice) qui perdure pendant des mois ou des années
  - - difficultés d'échange entre les institutions et manque de coordination
  - - la situation psychologique d'un enfant nécessite des interventions rapides en dehors de l'urgence
- • proposition (Dr David. La glacerie) :
    - - dans l'extrême urgence : procureur de la république
    - - dans l'urgence modérée, recours à une « cellule d'urgence permanente des affaires familiales » (composition : médiateur, psychologue, travailleur social, magistrat ?) pouvant prendre toutes mesures « suspensives » relatives à l'intérêt de l'enfant et être saisie selon des modalités protocolaires par les usagers ou les professionnels.

- • pression des devoirs

L'enfant d'aujourd'hui supporte probablement davantage le poids des regrets des parents quant à leur propre enfance. De plus, la notion d'éducation et de parentalité s'est recentrée du fait des concepts socio-économique en vigueur sur le champ plus étroit d'une réussite qu'il faut atteindre à tout prix. Chute des résultats scolaires : début d'un cercle vicieux. Souvent les parents ne se rendent pas compte à quel point un climat affectif satisfaisant est nécessaire et suffisant pour qu'un enfant s'épanouisse scolairement. Pression pour les devoirs jusqu'à 4 h par jour. Parents veulent la perfection, voient peu les profs et ne savent donc pas ce que ceux-ci attendent des devoirs. Certains parents en rajoutent, veulent



tout contrôler de ce que l'enfant apprend. Finalement les devoirs prennent tout le temps et il ne reste plus de moment de plaisir entre l'enfant et ses parents.

EXEMPLE d'Annie : 12 ans demande à ses parents à parler à une psychologue. Père policier déprimé, mère comptable hyper rigide, séparés depuis 18 mois séparation conflictuelle, chacun reprochant à l'autre la façon d'éduquer les enfants, ce qui était déjà source de conflit avant la séparation. La mère a la garde et le père la prend régulièrement en visite un WE sur deux. Chute des résultats scolaires, Annie se retrouve dernière de sa classe. Rapidement sa prise en charge consistera en une psychothérapie de soutien par une infirmière du CMPEA pendant que je vois régulièrement et alternativement les parents. Avec la maman, tout le travail est centré sur une ouverture sur l'extérieur et sur l'importance de relations plus chaleureuses avec sa fille à qui elle demande un emploi du temps très serré . Les devoirs n'avancent pas, Annie est très lente et distraite. Elle a peu de copines, recherchant toujours à se mêler de ce qui ne la regarde pas. Annie est toujours en train d'espionner les adultes. Elle ment et vole dans le porte-monnaie : le père lui donne alors de l'argent et la mère resserre encore sa surveillance sans qu'ils s'accordent un peu de compréhension. Avec le papa, tout le travail est centré sur la mise en place nécessaire de plus d'autorité et de moins de confidences du père à sa fille (sur les raisons de sa déprime, sur une perpétuelle critique de la mère). Finalement Annie sur les conseils d'une copine appelle le 119 mais ne donnera pas son nom. Elle le dit à son père qui s'affole, redoutant une enquête et ses retombées. Après de nombreux entretiens la mère finit par laisser tomber la pression des devoirs et laisse Annie tous les jours à la permanence des devoirs du collègue. En quelques semaines, Annie va s'organiser seule pour ses devoirs, remonter franchement ses notes, prendre plus de plaisir avec ses copines et même trouver un amoureux.

- Les indicateurs des violences psychologiques autour de l'école (Dr M. David) :

- • difficultés scolaires progressives
- • troubles attentionnels, hyperactivité
- • conflits parents-enfants autour du travail scolaire le soir
- • exigence parentale disproportionnée
- • conduites oppositionnelles en classe
- • troubles du comportement d'intensité variable
- • élève décevant

- • cycles successifs récompenses-punitions : « on a tout essayé »
- • réactions institutionnelles scolaires : équipe éducative, CCPE, CCSD, conseils de discipline, etc...
- • conseils de consultations psy
- • le peu d'efficacité des moyens mis en œuvre (aides scolaires : RASED, maître de soutien, soins spécialisés : psy orthophonie psychomotricité etc) conduit à un rejet institutionnel ou parental
- • conflits entre élèves : les « intellos » et les autres
- • au total, enfant en difficultés scolaires « incompris », maintien de la scolarité à l'identique coûte que coûte. Conséquences : agressivité, fugues, école buissonnière, menaces suicidaires, phobie scolaire

- Les facteurs de risques:

- précarité socio culturelle
- ATCD d'échecs scolaires parentaux
- Personnalités pathologiques parentales
- Pas de ressources de la part de l'école (RASED sous-équipé, manque de psychologue scolaire, CLIS dépourvues de maîtres spécialisés

- Les traumatismes :

- rejet de l'enfant par l'école et ses parents
- rejet par l'enfant de la société
- extinction de la pulsion épistémophilique
- échec scolaire
- avenir professionnel obéré
- projet existentiel limité
- au pire délinquance, conduites antisociales

EXEMPLE de Sorraya africaine de 13 ans confiée par sa mère en Afrique à un oncle maternel (son « père » sur les papiers officiels) et qui arrive à l'hôpital après que son oncle l'ait traînée par les cheveux dans la cour du collège. Tout-à-coup le collège découvre l'enfer de Sorraya.. Elle n'a rien pour prouver que son père est en fait son oncle. Sa mère est injoignable à cause d'une guerre civile et son père est parti il y a longtemps. Son oncle avec sa femme et ses

enfants l'utilisent comme bonne à tout faire. Néanmoins au collège Sorraya est une excellente élève bien intégrée. Dans sa tête comme dans sa vie tout est clivé : dès qu'elle passe l'entrée du collège tout lui réussit, dès qu'elle est dans la famille, c'est l'enfer, les humiliations constantes, l'impossibilité de prévenir sa mère en même temps qu'elle a conscience que sa mère ne pourrait pas l'entendre, vu qu'elle a envoyé sa fille en France pour son bien, pour une meilleure éducation. La justice est saisie par l'assistance sociale scolaire. Protégée par l'hospitalisation Sorraya va aussi dénoncer des attouchements sexuels de son oncle. Placée en famille d'accueil, Sorraya va d'abord l'idéaliser (comme c'est souvent le cas les premières semaines en cas de placement) et elle finira par fuguer. La famille d'accueil a eu du mal à comprendre que quelque part Sorraya cherche « à se faire battre » chez eux . Certes ils ne lui ont pas répondu dans ce sens, mais ils se sont aussi sentis attaqués dans leur idéal de famille réparatrice. Sorraya est alors placée en foyer et elle a pu continuer une scolarité de qualité. Elle attendait que la justice statue à son sujet la dernière fois que je l'ai vue.

## **9. 9. les sévices sexuels :**

- • Synonymes : mauvais traitements sexuels, agression sexuelle, délinquance sexuelle, abus de l'abus, abus sexuels, [anglais : *sexual abuse*]
- • Deux types :
  - - intra familial = inceste (40 %)
  - - extra familial = pédophilie(60 % des agresseurs sont étrangers = non membres de la famille mais pouvant en être proches : voisins, amis, etc.)
- • Définitions : approche juridique :
  - - « une agression sexuelle (CP section III art 222-22 à 222-33) est toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » = viol, agression autres que le viol, exhibition sexuelle, harcèlement sexuel.
  - - « de la mise en péril des mineurs (section V art 227-15 à 227-28) » = diffusion pornographique de l'image d'un mineur, atteinte sexuelle, aggravation dans tous des cas dans les situations de filiation ou d'autorité.
- • Définitions non juridiques :

KEMPE, 1978 : « implication de mineurs par des adultes dans des activités sexuelles au profit de leur plaisir personnel et au détriment du respect et des intérêts du mineur ».

**OMS : (BOF)** « L'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée qu lui aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapport ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs ».
- ○ Description des sévices :

### \* SEVICES SEXUELS

- **Viols, incestes**
- **Attouchements**
- **Exploitation à des fins de prostitution**
- **Pornographie**

Le terme "mauvais traitements sexuels" désigne l'abus d'enfants et d'adolescents dépendants qui n'ont pas atteint leur maturité et qui sont incapables de consentir de façon responsable à des invitations d'ordre sexuel dont ils ne comprennent pas la portée. Rappelons que le critère de « liberté sexuelle » reste fixé – arbitrairement- à l'âge de 15 ans pour un consentement réel ou éclairé (en 1808 le 1<sup>ier</sup> Code Pénal l'avait fixé à 11 ans, et le régime de Vichy à 18 ans...).. L'adulte abuse de son pouvoir et de son autorité au détriment de l'enfant.

Il s'agit d'actes tels que la mise à nu ou l'attouchement des organes génitaux, la pénétration vaginale, anale ou orale, la pornographie, l'incitation à la prostitution, etc...

Les abus sexuels peuvent entraîner de sérieuses lésions physiques: déchirures du vagin ou du sphincter anal, lésions buccales, maladies vénériennes, grossesses à risques, etc. Des études révèlent que des personnes qui ont été abusées sexuellement au cours de leur enfance souffrent plus tard de troubles psychiques importants et durables : état de stress post-traumatique (+++ entre 7 et 13 ans), troubles anxieux et dépressifs avec perte d'estime de soi et pouvant notamment conduire au suicide y compris de après plusieurs décennies, agressivité, trouble de l'identité sexuelle et difficultés dans les relations affectives, retard de développement physique et intellectuel.

- ○ les symptômes révélateurs : signes de repérages : **LES SIGNES EVOCATEURS D'ABUS SEXUELS sont souvent moins évidents que ceux des violences physiques. Le faisceau d'indicateurs reste très variable**

- - les réactions immédiates :

- manifestation anxieuse, d'effroi, de sidération-prostration, d'agitation. « le langage de la passion effraie et trouble l'enfant » (Ferenzi)
- troubles massifs du sommeil avec peur de se sépare de l'adulte rassurant, de rester seul dans sa chambre

- douleur liées aux conséquences physiques de l'agression (strangulation, blessures)
- régressions sphinctériennes
- manifestations sexuelles : le plus souvent érotisation du comportement et du discours. Plus rarement et plus difficile à repérer : inhibition excessive concernant la sexualité.
- Comportement opposant, replié

- - les réactions à long terme : manifestations extrêmement variées :

- Troubles du sommeil constants : cauchemars avec une thématique en relation avec l'agression (contraintes, enfermement)
- réactions psychosomatiques (vécu d'effraction du corps, corps ressenti comme cassé, souillée, contaminé, répétitions de sensations douloureuses en relation avec l'agression, impressions de modifications corporelles)
- anxiété et tristesse
- comportements agressifs ou pseudo-matures
- Difficultés de mémorisation => désir d'oublier (baisse incompréhensible des résultats scolaires) ou hyper investissement scolaire (refuge à l'école). Idem pour les loisirs antérieurement appréciés.
- Identification à l'agresseur dans les jeux (poupées)
- Fréquemment chez l'adolescente : peur de la grossesse, anorexie, boulimie, aménorrhée, rites de lavage, dermatoses par lésions de grattage
- Soumission à l'autorité de l'adulte . Syndrome d'accommodation : suite à des abus répétés, l'enfant doit accepter de s'y soumettre. Clivage de la souffrance. Perte de vitalité, de joie de vivre. «robotisation» de l'enfant
- Phobie du contact physique, de la toilette ou au contraire rituels obsessionnels => lavage +++ du coucher (se couche habillé(e), vérifie que tout est fermé).
- Persistance de jeux à caractères sexuels inappropriés, provocations érotiques, identification à l'agresseur, langage inhabituel pour son âge, compréhension des comportements sexuels excessives pour l'âge, agressions sexuelles violentes (garçons)
- Troubles de la sexualité : doutes sur les choix sexuels, frigidité, impuissance, anhédonie, inhibitions relationnelles sentimentales
- Troubles du comportement à type d'instabilité motrice, d'opposition, TS, fugues, conduites à risque, prostitution, toxicomanie
- Modifications de l'aspect extérieur (filles +++ ou garçons+++)
- *ACTIVITE AUTO EROTIQUE COMPULSIVE* +++
- Maux de ventre ++

o La destructivité des abus sexuels :

Elle est d'autant plus grande que :

- - l'organisation préalable de la personnalité du mineur est déjà problématique
- - il existe une grande différence d'âge avec l'abuseur et/ou un lien de parenté avec celui-ci

- - la contrainte a été forte
- - l'abus a duré longtemps et/ou a été fréquent (la fréquence est liée au maintien du secret)
- - les effractions corporelles y ont été nombreuses
- - l'abus a eu lieu au domicile de l'enfant
- - l'enfant a rencontré silence, indifférence ou incrédulité quand il a appelé à l'aide
- - la soi-disant prise en charge ultérieure n'a été qu'un leurre : reproches et/ou absence de protection de la part de la famille ou manque d'engagement de celle-ci dans le processus thérapeutique par exemple.

EXEMPLE d'Anaïs : masturbation compulsive, parents revendicateurs : « il faut faire cesser cela à tout prix, elle nous fout la honte »

EXEMPLE de Priscillia : « vous ne me croyez jamais »

- o o fausses allégations d'abus sexuels

Les fausses allégations d'abus sexuels surviennent le plus souvent dans un contexte de divorce ou de séparation parentale avec des conflits concernant la garde des enfants. En Amérique du Nord ces allégations surviennent dans plus de 2% des disputes pour la garde des enfants avec une proportion non négligeable d'allégations provenant de la mère considérées comme fausses (Meadow avance le chiffre de 30%). La période de séparation conjugale avec les défiances et les incompréhensions qui surviennent entre les partenaires, semble propice aux allégations qui ne sont pas forcément fausses : en effet, les abus sexuels peuvent être à l'origine des séparations ; de plus, la séparation peut fournir les circonstances matérielles ou favoriser le passage à l'acte du parent abuseur ; enfin l'enfant révèle parfois les abus grâce à l'éloignement d'avec le parent abuseur. Les fausses allégations dans les cadres de divorce sont sources d'une abondante littérature , aidant notamment à évaluer la crédibilité (expertises) et l'aide aux enfants victimes (psychothérapies).

Dans les cas de fausses allégations d'abus sexuels, la maltraitance se situe du fait de la mère et de tous les acteurs socio-judiciaires et médico-expertaux (traumatisme des procédures).

Les abus sexuels sont actuellement fortement médiatisés dans l'imaginaire collectif alors que s'établit dans le même temps une franche libération de l'exhibition de la sexualité entre adultes et une stigmatisation des conduites pédophiles. S'agit-il d'une dérive des formes de maltraitance telles que les conçoit l'Amérique puritaine ? Avant, les abus sexuels étaient peu pris en compte, et les fausses allégations d'abus sexuels n'existaient probablement pas. Durant les dernières décennies, le problème des abus sexuels a été progressivement pris en charge. Ce qui dérange maintenant, ce sont les fausses allégations d'abus sexuels. La question se pose de l'origine de cette dérive. S'agit-il d'une trop grande libéralisation de la sexualité adulte - entre adultes – avec une grande part de culpabilité non mentalisée? Ou encore, qu'y a-t-il de non élaboré autour de la sexualité de l'enfant pour que le fait de toucher à l'enfant devienne le crime sexuel par excellence ?. De plus, la figure paternelle du médecin est désormais en concurrence sociale avec celle du magistrat, dont l'image apparaît de plus en plus puissante et populaire. Dans ces circonstances, associées à l'augmentation du nombre de séparations conjugales, on peut s'attendre à une augmentation de la fréquence des fausses allégations d'abus sexuels où la mère cherche à trouver dans le monde judiciaire une reconnaissance de sa fonction de bonne mère.





10. 10. conduite à tenir et recueil de la parole de l'enfant :

• • L'ENTRETIEN AVEC L'ENFANT : Particularités et méthodes

L'entretien avec l'enfant est utilisé par tous les professionnels travaillant avec l'enfance

mais 3 remarques préalables s'imposent :

- - peu de professionnels y sont formés spécifiquement,
- - tous se sentent démunis ou en difficultés face aux particularités de cet interlocuteur,
- - tous craignent à juste titre la grande suggestibilité de l'enfant et a peur d'induire ses réponses.

J'ai apprécié l'intervention de la Gendarme Maisonaube à propos de l'enregistrement audiovisuel et on peut partir de cet exemple pour discuter des particularités de l'entretien avec l'enfant. Ca illustre parfaitement le manque de formation dans ce domaine (gendarme Maisonaube formée surtout pour la matériel d'enregistrement et la retranscription de l'enregistrement).

• l'enfant comme partenaire original :

L'entretien avec l'enfant est original par 3 asymétries :

a. asymétrie de statut :

L'adulte oublie souvent qu'il s'adresse à un enfant alors qu'un enfant sait toujours très bien qu'il s'adresse à un adulte. Les *règles de conversation*\* peuvent empêcher l'enfant de parler facilement à un adulte professionnel.

b. asymétrie de moyens :

L'enfant n'a pas la même maîtrise du langage, du vocabulaire, de la syntaxe, etc.... que l'adulte.

c. asymétrie d'objectifs :

L'adulte sait pourquoi il voit l'enfant mais souvent l'enfant ne sait pas pourquoi il va parler avec l'adulte professionnel.

\* L'enfant ne maîtrise pas le langage mais il connaît très tôt (dès 2 à 3 ans) les ***règles conversationnelles*** :

- - l'enfant sait ce qu'il est permis de dire à un adulte, ce qui n'est pas permis, il connaît la façon dont on le dit,
- - l'enfant connaît la règle du tour de parole : chacun parle à son tour l'un après l'autre, une question demande une réponse. L'enfant est donc apte à assurer son tour de parole mais ce peut-être par imitation par exemple. Exemple chez le pédiatre : « tu as mal au ventre ? », réponse : « mal au ventre », cette écholalie n'amène pas forcément au diagnostic pédiatrique !
- - l'enfant a appris à dire oui, il sait qu'il n'est pas poli de contredire un adulte, un enfant ne va pas dire que la question n'est pas compréhensible pour lui (or si c'est le cas, l'enfant peut devenir de plus en plus inhibé au cours d'un entretien confus pour lui)
- - l'enfant ne va pas affirmer un avis contraire, il pense que l'adulte a toujours raison
- - la suggestibilité de l'enfant est énorme surtout si son interlocuteur a un statut prestigieux ou imposant (juge, uniforme de police, ....) ou s'il s'agit d'un adulte en qui il a toute confiance.

• **Méthode d'entretien standard** :

Même si l'entretien utilise le dessin ou le jeu avec l'enfant, il y a toujours une grande part de communication verbale qu'il ne faut en aucun cas réduire à 3 ou 4 phrases de présentation.... Au contraire il faut guider l'enfant tout au long de l'entretien :

A. définition des objectifs précis pour se préparer :

Etant donné la pluralité des professionnels qui recueillent la parole de l'enfant, chacun doit garder à l'esprit de situer précisément son rôle et ses limites puisque chaque professionnel poursuit certains objectifs.

Imaginons un enfant qui confie un élément de maltraitance à son professeur des écoles et qui sera ensuite également entendu par un officier de police judiciaire, un médecin un psychologue, un expert psychiatre, un juge des enfants, un juge aux affaires familiales, etc... Entre la confiance à sa maitresse, une audition pénale et une psychothérapie, les objectifs sont éloignés.

A ce sujet il est important de garder à l'esprit que seuls les enquêteurs qui travaillent au pénal sont à même de rechercher la preuve et de démontrer la vérité d'une allégation infantine. Tous les autres intervenants doivent rester prudents et vigilants. Toute attitude d'approbation ou de soupçon va faire que l'enfant va modifier son discours initial, c'est ce qu'on appelle la contamination de l'interrogatoire. Or beaucoup de professionnels se sentent naturellement compétents à recevoir cette parole et parfois même à rechercher la preuve de ces allégations de l'enfant. On comprend toute l'importance que chacun reste à sa place, quand en bout de chaîne, le dernier professionnel à s'entretenir avec l'enfant retrouve un vocabulaire peu enfantin chez l'enfant. Parfois le discours enfantin s'est considérablement enrichi au point que des phrases entières n'appartiennent plus au registre de l'enfant.

En conclusion : se méfier de la suggestibilité et rester à sa place.

#### B. préparation préalable :

Préparer un entretien avec un enfant nécessite de créer un bon environnement afin d'atténuer son anxiété et ses angoisses.

- - choix du lieu : le réserver et l'aménager. Même pour accueillir une confiance à l'école un endroit tranquille et discret est souhaitable. Il doit être calme, confortable, décor sobre, on peut y mettre quelques posters utiles à évaluer ses aptitudes. Il est particulièrement important de neutraliser les bruits et les parasites ; exemple : un coup de téléphone représente pour l'enfant une rupture à l'échange à laquelle il est encore moins préparé que son interlocuteur. Si ça arrive, il est important de le commenter afin que le contact et l'échange soit maintenu même si le recueil d'information est momentanément stoppé.
- - Faire visiter les locaux peut être utile pour familiariser l'enfant

- - Le nombre de participant à l'entretien doit être réduit. S'il y a 2 adultes, il est important de séparer les tâches : un qui parle et un qui écrit par exemple.
- - Important de laisser le choix à l'enfant du sexe de la personne qui l'interroge, je pense évidemment particulièrement aux fillettes qui confieraient difficilement un abus sexuel à un homme.
- - Programmer un moment où l'enfant est le plus disponible : éviter les fin de matinées ou d'après-midi, éviter les heures de sieste ou de repas pour les plus jeunes, et surtout éviter l'attente pour rentabiliser le temps de l'entretien.
- - La durée d'un entretien est très variable. En dessous de 12 ans, elle est de 10 à 15 minutes minimum à 30 à 40 minutes maximum.
- - La présence du parent n'est pas souhaitable pour éviter toute influence. Judiciairement elle est *contre-indiquée*. En pratique il faut mettre en œuvre toutes les stratégies possibles d'éloignement du parent : accueillir l'enfant avec son ou ses parents, leur montrer les locaux, faire connaissance, puis raccompagner le parent en laissant la porte ouverte et en permettant à l'enfant de s'assurer du regard que son parent n'est pas loin, etc....Si besoin en cas d'échec de ces stratégies le parent restera derrière au fond de la pièce pour éviter qu'il ne croise le regard de l'enfant.

#### C. première phase de l'entretien : présentation et ouverture :

Se présenter à l'enfant, définir son rôle, expliquer pourquoi on est ensemble.

Annoncer les règles de conversation afin que l'enfant comprenne qu'on est un adulte qui l'entendra différemment. Ainsi on lui dira : « si tu ne comprends pas : tu m'arrêtes », « tu n'es pas obligé de me dire oui pour me faire plaisir ou si tu ne sais pas », « si ce que je te demande est trop difficile : tu me le dis », etc...

Pendant cette phase d'ouverture, l'adulte parle beaucoup plus, ce qui permet à l'enfant de s'adapter à lui et au cadre.

#### D. deuxième phase de l'entretien : corps de l'entretien avec les relances :

L'adulte doit s'adapter à l'enfant. L'idéal consiste à

- - ne dire que des phrases courtes,
- - ne poser qu'une question à la fois,

- - et utiliser un langage simple adapté à la maturation du langage de l'enfant.

Il faut éviter toutes les relances inefficaces : trop complexes, incompréhensibles, trop longues, les relances renvoyant à un oui ou non (exemple : « est-ce que tu aimes ta maman ? ») ça l'enferme dans un contenu affectif), relance où on suggère (« est-ce que tu as fugué parce que tu avais de mauvaises notes ? »), éviter tous les pourquoi car ça renvoie à des causes inconscientes et que ça reviendrait à demander « qu'est-ce que tu peux inventer de rationnel qui peut expliquer cet acte ? ». C'est au professionnel de comprendre. Il doit guider l'enfant pour cela.

Les relances efficaces sont simples et demandent une réponse ouverte. Il peut s'agir de reformulation. Par exemple : « j'entends que tu as du mal à parler », « je vois que ça te fais mal d'en parler maintenant, veux-tu qu'on en reparle plus tard ? ». Eviter les silences qui peuvent être pesants pour l'enfant.

### E. troisième phase de l'entretien : séance de clôture à ne pas oublier :

Remercier l'enfant.

Le rassurer sur ses craintes.

Lui donner des informations sur la suite.

Ouvrir l'entretien et lui donner la parole.

Lui expliquer qu'on arrive à la fin de l'entretien.

Lui demander s'il a des questions ou s'il a d'autres choses à dire.

Discussion sur la responsabilité s'il s'agit d'un enfant victime : lui dire que l'entretien n'est pas lié à ce qu'il a dit mais à ce qu'on lui a fait qui est interdit.

### F. Retranscription de l'entretien:

Une retranscription écrite est essentielle pour une analyse et une approche auto-critique de l'entretien.

Tout retranscrire le plus fidèlement possible.

Rendre compte de tout ce qui a été échangé d'un niveau verbal et non verbale : la gêne, les émotions (exemple communication paradoxale verbal/corps).

Faire apparaître les questions, comment la question a-t-elle été posée.

Idéal = enregistrement magnéto ou vidéo.

**Au total FICHE à l'usage des professeurs des écoles :  
CONFIDENCE ou NON-CONFIDENCE DE L' ENFANT à l'école**

**PLUSIEURS TYPES de SITUATIONS SE PRESENTENT :**

- 1 . CONFIDENCE : ==> Discuter avec l'enfant. (Que dire ? Où accueillir l'enfant ? Comment dire ?)===> Transmission de l'alerte**
- 2. REVELATION FORTUITE :====> Transmission de l'alerte**
- 3. NON CONFIDENCE : (suspicion d'un sévices )  
Discuter avec l'enfant. ==> Non confiance ==> Partager son doute  
Mais ===> Transmission de l'alerte**

**\* QUE DIRE ?**

- • Je te crois
- • Je t'écoute
- • Je vais t'aider
- • Je te remercie de ta confiance
- • Je comprends ton inquiétude
- • Ton secret sera partagé -> **transmission de l'alerte**
- • Tu n'es pas responsable
- • Ce que tu dis est important

**\* Où ?**

- Endroit tranquille et discret

**\* COMMENT DIRE ?**

- • Entretien conduit avec prudence et délicatesse pour ne pas aggraver le traumatisme antérieur et si c'est la première fois qu'il en parle, recueillir ses paroles en évitant toute suggestion. Le but est qu'il arrive devant les enquêteurs le plus vierge possible de réponses contaminées par des questions. **DONC** pas de forçage de la parole ou des détails, rester en deçà de toute exhaustivité ...
- • Maîtriser ses émotions.
- • Ne pas oublier qu'il n'y a pas toujours corrélation entre la gravité des lésions physiques et les troubles psychologiques présentés par l'enfant.
- • Et si vous recevez les confidences d'un enfant disant être victime d' ABUS SEXUELS : ne cherchez pas à acquérir une certitude.
- • **Respecter le refus de l'enfant de désigner l'auteur.**
- • **Ne pas oublier qu'il est difficile de se confier et que malgré la confiance la crainte peut rester.**
- • **Ne pas compromettre les prises en charge ultérieures (qu'elles soient médico-psychologiques ou judiciaires : à chacun sa fonction).** En cas de question de l'enfant à ce sujet, répondre précisément mais sans aller au-delà de sa question (lui laisser le temps de cheminer).

**\* POURQUOI L'ENFANT NE SE CONFIE-T-IL PAS ? Les hypothèses les plus fréquentes :**

- • Il croit qu'il ne sera pas pris au sérieux ou pas écouté.
- • Il ne veut pas faire de peine à ses parents ou ne pas faire d'histoires.
- • Il a besoin de se sentir accepté et aimé.
- • Il se croit différent des autres et a perdu sa confiance spontanée dans l'adulte comme protecteur.
- • Il a peur d'être grondé, a honte de ce qui s'est passé, se sent coupable et complice.



- • Il s'attend à être rejeté et critiqué.
- • Il craint que ses confidences n'entraînent une aggravation de sa situation, des représailles de la part de ses agresseurs.

## **11. 11. traitement et prise en charge psy**

- • description des prises en charge pédopsy. CMPP ou CMPEA.

Centre d'Ecoute Medico-Psychologique pour Enfant et Adolescent : secteur centre Manche = Saint Lô et Coutances. Toujours accueilli par un médecin qui reconstitue l'histoire, l'anamnèse avec l'entourage, qui recherche des symptômes psychologiques. Ensuite il évalue la nécessité de bilan (psychologique ou psychomotricien ou orthophonique etc). Il peut aussi joindre les médecins traitants, l'institutrice (AS), les services sociaux... Enfin pendant ou après toutes ces évaluations, les indications se font en fonction de chaque cas : guidances parentales, des psychothérapies avec des psychologues (individuelles ou en groupe), des rééducations psychomotriciennes ou orthophoniques, des médicaments, des hospitalisations ( en pédiatrie ou en hôpital de jour), etc....

- • Prise en charge de la maltraitance : équipe multidisciplinaire pour une prise en charge globale : actions concertées et cohérentes. traitement précoce pour éviter séquelles physiques ou psychologiques . Aspects : médicochir, psychologique, éducative, aide à domicile, etc... Mesures de protection et abord psychothérapeutique associant si possible les parents

## **12. 12. références bibliographiques**

- BERGER Maurice : L'échec de la protection de l'enfance, Dunod, sorti le 6 novembre 2003
- DOUET Bernard , *Discipline et punitions à l'école*, Paris, PUF, 1987
- EPELBAUM C. Maltraitance et sévices à enfant (hors abus sexuels). Encycl Méd Chir Elsevier, Paris, Psychiatrie, 37-204-H-15, 1999, 7p
- HAYEZ JY et DE BECKER E. Abus sexuels sur mineurs d'âge. Encycl Méd Chir Elsevier, Paris, Psychiatrie, 37-204-H-10, 1999, 5p
- HAYEZ JY et DE BECKER E.. l'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement, PUF, 1999, 304p

- KEMPE CH, SILVERMAN F, STEELE B. The battered child syndrome. JAMA 1962; 181:18-24
- Cassette vidéo VHS « l'entretien avec l'enfant » : un échange entre Christine Ollivier Gaillard, psychologue clinicienne, assistante Université Paris X Nanterre, et Carole Mariage Cornali, capitaine de police, chargée d'Etudes à l'Institut des Hautes Etudes de la Sécurité Intérieure. Production ANTHEA. 1996. Collection Parole donnée.
- dossier maltraitance de l'IUFM de Grenoble :  
<http://iufm74.edres74.ac-grenoble.fr/74maltr.htm>