

La prise en soins de l'enfant victime ou suspecté victime de maltraitance

Abused child or suspected abused child : caregiving

B. Vanthournout

SOS Enfants-ULB, C.H.U. Saint-Pierre, Bruxelles

RESUME

Viser l'excellence dans la prise en soins de l'enfant maltraité et de sa famille ne peut se réaliser qu'avec un engagement entier et concerté des mondes scientifique, sociaux et judiciaire.

Un bref historique de l'évolution du statut de l'enfance dans nos sociétés occidentales servira d'introduction au sujet de la maltraitance infantile.

Cette clinique sera abordée essentiellement dans sa dimension systémique et interrogera la place de l'enfant dans le système familial et plus généralement sociétal. La complexité de l'intervention clinique liée à l'intrication de dimensions diverses, protectionnelles, déontologiques, thérapeutiques, culturelles, etc. nous amènera à prendre en compte certains principes de précaution utiles pour le soignant.

Nous terminerons en présentant le dispositif de soins propre à la Fédération Wallonie-Bruxelles (FW-B) à savoir celui des équipes SOS Enfants et les modalités pratiques d'intervention de ces professionnels.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 214-7

ABSTRACT

Optimal care for abused children and their families can only be achieved through joint and committed endeavours from scientists, social workers and judiciary.

The topic of child abuse and neglect will be introduced by a short account of the evolution of the status of the child in Western society.

This clinic will be approached in its systemic dimension and will examine the place of the child in the family system and society in general.

Clinical intervention intricacy as well as widely varying factors to be taken into account such as protection, ethics, therapy, way of life etc... will bring us to consider a number of precautionary guidelines for caregivers. By way of conclusion we will set out the FW-B caregiving system as put into practice by the teams of SOS Enfants.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 214-7

Key words : child abuse and neglect, child protection, caregivers guidelines

LA BIEN-TRAITANCE DE L'ENFANT, BREF HISTORIQUE

S'intéresser à la maltraitance infantile fait d'emblée émerger la question du statut de l'enfance dans nos sociétés dont dépendra l'importance accordée à l'enfant et dès lors à sa bien-traïtance.

Il faut attendre la fin du 18^e siècle, le début du 19^e pour que l'enfant acquiert un peu de valeur. Bien que massivement exploité dans le contexte de la révolution industrielle, l'enfant attire l'attention, il ne se réduit plus uniquement à une bouche à nourrir mais devient une force de travail. Sa situation s'améliore

d'avantage lorsqu'avec l'émergence de la Bourgeoisie, il héritera non seulement d'un patrimoine ou d'un nom, mais également d'un savoir et de compétences. Dès lors les parents soucieux de ce qu'ils transmettent à leur enfant s'investiront dans son processus de socialisation¹.

L'Etat prend en charge des fonctions qui auparavant relevaient du père de famille et pourra même se substituer à l'autorité paternelle en cas de défaillance ou de carence de celle-ci. C'est de cette intervention étatique qu'émergera un statut et des droits pour l'enfant.

Après la création des tribunaux pour enfants et la première loi belge concernant la protection de la jeunesse en 1912, ce sera la loi de 1965 qui marquera une véritable attention du monde politique vis-à-vis du bien-être de l'enfant. Cette loi entend privilégier l'action sociale préventive par rapport à l'intervention judiciaire considérée comme subsidiaire. Cependant cette loi sera très vite critiquée, on lui reproche de manquer d'esprit de prévention, son ingérence excessive dans la vie du mineur et de sa famille et un recours abusif au placement. Différents débats alimentés par ces controverses aboutiront à la communautarisation de la protection de la Jeunesse en 1991. La Communauté française donne naissance au Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) et devient dès lors compétente pour organiser un système de protection de la jeunesse " déjudiciarisé " et " d'aide négociée " avec les familles².

Sur le plan social, le milieu du 20^e siècle est marqué par un repli sur la vie privée, la taille de la famille diminue fortement ce qui permet une nouvelle affectivité et intimité¹. Les prouesses scientifiques associées à la maîtrise du désir sexuel donneront naissance à l'enfant désiré avec son paradigme de non plus " avoir " un enfant mais de le " faire ", mais aussi sa dérive ; il s'agira de le faire à sa propre image.

Parallèlement à cette évolution sociale, le monde scientifique se mobilise et nous voyons apparaître les premières descriptions d'enfants battus en 1860 avec une étude médico-légale faite par Ambroise Tardieu. Il faudra cependant attendre un siècle de plus pour que les médecins s'intéressent à nouveau à la question du bien-être de l'enfant ; Silvermann et Kempe définiront le " syndrome de l'enfant battu " en 1962. Par ailleurs ce n'est qu'à partir des années '90 que la maltraitance sexuelle infantile prend place dans la littérature scientifique.

LA MALTRAITANCE INFANTILE AUJOURD'HUI

En Belgique il est difficile d'avoir une idée précise de la prévalence de la maltraitance infantile. D'une part en raison d'un manque de recueil coordonné et uniformisé des données pour l'ensemble du pays, d'autre part en raison de trop grandes variabilités des définitions. Enfin beaucoup de situations échappent à un quelconque recensement car ne sont pas portées à la connaissance de médecins, d'équipes soignantes ou d'autorités judiciaires ou administratives.

La littérature scientifique internationale fait état d'une prévalence de maltraitance infantile de 1,5 à 5 % dans un ensemble de pays à hauts revenus économiques. Lorsque les données proviennent d'auto-questionnaires, les chiffres de prévalence sont plus élevés, on parle de 4 à 16 % d'enfants victimes de maltraitance physique, 5 à 15 % de garçons et 15 à 30 % de filles victimes de maltraitance sexuelle, 10 % d'enfants seraient victimes de maltraitance psychologique, 1 à 15 % de négligence et 10 à 20 % de violence intrafamiliale³.

En 2015, 5.972 enfants ont été signalés à l'ensemble des 14 équipes SOS Enfants de la FW-B, 3.940 enfants ont été pris en charge, 38,1 % pour maltraitance sexuelle, 22,3 % pour négligence, 19,3 % pour maltraitance physique et 18,1 % pour maltraitance psychologique. Par ailleurs plus de 2/3 des auteurs de maltraitance font partie du milieu intrafamilial et moins de 3 % sont inconnus de l'enfant et de sa famille⁴.

APPROCHE CLINIQUE DE LA MALTRAITANCE INFANTILE

La grande majorité des situations de maltraitance infantile implique la famille. Dès lors si nous voulons apporter du soin à l'enfant maltraité nous devons tenter de comprendre comment la maltraitance s'est insinuée dans la relation à son parent. Car bien que nous ayons affaire à un parent qui a maltraité, abusé ou négligé son enfant et à un enfant qui a été maltraité, abusé ou négligé par son parent, l'erreur serait de ne prendre en compte que la dimension individuelle, d'emblée d'elle ; celle de l'auteur, celle de la victime. Or il s'agit bien du lien qui est malade, de la relation qui recouvre des enjeux remontant parfois à plusieurs générations⁵.

En fait lorsque nous rencontrons l'enfant en consultation, nous devons nous demander " de qui s'agit-il ? "

Clarisse a 10 ans, elle est amenée aux urgences par l'éducatrice de son école. Elle présente plusieurs hématomes au niveau thoracique et sur les cuisses. Ses cheveux ont été rasés. Elle est arrivée du Tchad il y a un an afin de rejoindre sa maman qu'elle n'avait plus vue depuis sept ans. Madame espère que sa fille devienne médecin et justifie par sa réussite scolaire le bien fondé du projet d'exil et les sacrifices qu'elle a faits. Mais très vite après les retrouvailles, la bascule opère : vols, mensonges, recherche de liberté. La mère ne comprend pas les difficultés qu'elle a pour éduquer sa fille. Alors qu'elle a sauvé cette enfant d'un quotidien d'esclave et qu'elle lui offre l'opportunité d'un grand avenir en Europe, pourquoi est-elle récalcitrante et pourquoi amène-t-elle la honte sur la famille ?

Cette brève vignette illustre le fait que l'enfant est ici dépositaire des espoirs, des attentes du parent, c'est l'enfant narcissique comme le nomme Bernard Golse⁶. C'est l'enfant dans la tête des parents, l'enfant rêvé aussi, imaginé par le couple tout au long de la grossesse. Bien souvent la difficulté survient lorsque qu'il y a un trop grand décalage entre ces représentations d'enfant et l'enfant réel.

Mais l'enfant peut également renvoyer au parent l'image de l'enfant qu'il a lui-même été et venir énoncer les traumatismes du passé en les reproduisant au présent.

" ... en fait je n'en ai jamais parlé, mais moi aussi j'ai été abusée quand j'étais enfant, ma mère a dit qu'elle n'avait rien vu. Je ne comprenais pas comment une mère pouvait ne pas voir, c'était tellement

évident, il venait dans ma chambre, fermait la porte... et voilà que ça arrive à mon propre enfant et que je n'ai rien vu.... "

Dans ces histoires de traumatismes anciens, le parent veut oublier, refouler, ce qui le rend indisponible sur le plan affectif. Vivre et penser deviendraient incompatible. Ne pas reconnaître ce premier traumatisme à la génération du parent serait laisser celui-ci une 2^e fois dans sa solitude, dans sa non-reconnaissance de victime et en faire une génération deux fois abusée comme la nomme Edith Tilmans⁷.

La maltraitance peut donc parler du couple, de ses échecs, des failles narcissiques du parent, de traumatismes anciens non symbolisés.

Ceci nous mène à une première imposition thérapeutique, celle d'une pratique systémique tenant en compte la constellation de 3 générations. Cette position pourrait sembler paradoxale à tout le moins inconfortable. En effet, comment concevoir le soin de l'enfant tout en prenant en compte l'histoire du parent ?

La rencontre avec l'enfant nécessite également que nous interrogeons " les faits ". En tant que médecin nous sommes formés à l'anamnèse, mais très rarement à la question de la crédibilité. Pourtant cette question est régulièrement amenée dans des situations d'abus sexuels impliquant de très jeunes enfants ou des adolescents.

" Ma fille a raconté qu'elle se faisait violer par mon compagnon, nous dit la maman d'Alexandra, 12 ans. Si vous me dites qu'elle dit la vérité alors j'irai porter plainte et je le quitterai ". Jean a 4 ans, il raconte que son grand-père a joué avec son zizi et qu'il l'a forcé à jouer avec le sien. *" Si vous me dites que ça s'est réellement passé alors je romps les ponts avec mon père et lui interdirai de voir ses petits-enfants ",* nous dit la mère de Jean.

Les enfants sont capables de mentir, c'est-à-dire de transformer délibérément la réalité, très jeunes, dès l'âge de 4 ans, ce sont en général des mensonges " fantaisistes ". Ces mensonges ont tous une finalité ; éviter les punitions, se mettre en évidence ou protéger ceux qu'on aime. Mais il y a aussi la suggestibilité de l'enfant qui peut l'amener à l'incapacité de faire la part des choses entre son propre discours et celui qui lui est suggéré. Cependant dans la grande majorité des situations, l'enfant dit ce qu'il a vécu avec ses mots et les émotions rattachées à son vécu ou aux mécanismes qu'il a mis en place pour surmonter le traumatisme.

Il est dès lors important de se former aux techniques d'entretiens qui favorisent le recueil d'une parole la plus crédible possible, axée sur la non-suggestibilité. Le guide du NICHD (*National Institute of Child Health & Human Development*) propose des interventions qui sollicitent la mémoire épisodique de l'enfant en utilisant des indices de rappel et de ce fait fournissent des informations qui sont plus exactes. Les

questions sont directives pour ensuite revenir à des invitations ouvertes (intervention qui requiert des informations sur l'événement dévoilé sans donner aucune information supplémentaire liée à l'événement).

Pour approcher les faits, nous devons également avoir une bonne connaissance du développement de l'enfant, de son langage. Savoir comment se développe les notions de temps, de mémoire et pouvoir grâce à une observation clinique minutieuse et un examen physique complet envisager l'ensemble dans un tout cohérent.

Cet aspect de notre travail représente cependant un risque de confusion de rôle. Nous ne sommes pas dans la recherche d'une vérité judiciaire, dans la recherche de preuves. Nous ne sommes pas là pour faire avouer. Nous rapprocher des faits nous permet d'apporter un sens à la parole de l'enfant, de la faire entendre par ses parents, de la faire circuler. Cette parole doit également nous guider dans une éventuelle décision de protection de l'enfant voire de séparation d'avec sa famille.

En Belgique la loi n'impose pas le signalement aux autorités judiciaires, elle privilégie le travail thérapeutique. Signaler une famille peut exposer son intimité et sa vulnérabilité au regard judiciaire et social, en même temps ne pas signaler peut exposer l'enfant à la répétition de l'abus, et l'intervenant à la non-assistance à personne en danger. Nous revoici à nouveau en posture d'équilibriste !

QUELQUES PRINCIPES DE PRECAUTION DESTINES AUX INTERVENANTS

La confrontation à la souffrance des bébés, des enfants et des parents bouleversent nos représentations de la parentalité dans ses dimensions biologiques, sociales et culturelles. Une première exigence pour pouvoir engager une relation d'aide avec ces familles et ne pas avoir des attentes démesurées à leur égard est de se dégager de ses propres représentations. Pour ce faire nous devons commencer par interroger ces représentations et également être en mesure de gérer notre propre violence.

Nous devons ensuite pouvoir manier le " grand écart " pour constamment osciller entre la fonction de soutien des compétences parentales et celle de soins et de protection de l'enfant. Un travail transdisciplinaire, à plusieurs, offre la possibilité de soutenir ces différentes positions tout en gardant une attitude éthique, non agressive, non jugeante. Il permet également de repérer nos stratégies défensives dont le déni, qui peut être de deux types⁸ :

- Le déni du caractère psychopathologique du parent, c'est-à-dire l'illusion qu'en intervenant précocement de façon exclusivement socio-éducative nous ferions de tout parent en difficulté psychologique un parent apte à répondre aux besoins quotidiens de l'enfant. C'est vrai pour certains de ces parents, mais pas pour tous, en particulier pas pour ceux dont la

problématique évolue trop lentement par rapport aux exigences de développement d'un nourrisson.

- Le déni de l'impact de cette psychopathologie sur le développement de l'enfant. Trop souvent des décisions de placement sont prises comme si elles se suffisaient à elles-mêmes, comme si retirer l'enfant à ses parents suffisait à traiter sa problématique. Une décision de placement mal réfléchie peut amorcer l'engrenage de la répétition du chaos, du dysfonctionnement, de la relation d'attachement insécure.

QUE FAIRE SI JE SUIS CONFRONTÉ A UNE SITUATION DE MALTRAITANCE D'ENFANT ?

L'intérêt de l'enfant doit rester au centre de la réflexion. Si la question de la protection se pose et qu'on ne parvient pas à assurer seul cette protection, il est recommandé de faire appel en priorité aux intervenants de la structure dont on dépend ou dont le champ d'action est similaire au sien. Les médecins généralistes peuvent se tourner vers les équipes SOS Enfants. Elles sont 14 en FW-B, réparties en fonction des arrondissements, et sont composées de psychologues, assistants sociaux, médecins, juristes, secrétaire et éducateurs. L'équipe SOS enfants ULB est située au sein du C.H.U. Saint-Pierre de Bruxelles et permet via le Service d'Urgences pédiatriques d'accueillir en urgence une situation d'enfant maltraité et de prendre éventuellement une décision d'hospitalisation. Les autres équipes sont pour la plupart extrahospitalières et travaillent essentiellement en consultation ambulatoire. Une brochure destinée aux professionnels a été réalisée par l'Aide à la Jeunesse en collaboration avec l'ONE et offre des informations utiles à propos du réseau et de son interpellation⁹.

CONCLUSION

Si la société actuelle ne nie plus la maltraitance des enfants, celle-ci n'en est pas pour autant une priorité. Les mondes scientifique, judiciaire et social ne se mobilisent que trop discrètement. Viser l'amélioration des soins, viser l'excellence de la prise en charge de l'enfant maltraité et de sa famille ne peut se réaliser qu'avec un engagement entier et concerté des différents niveaux de pouvoir.

Il s'agit d'une clinique finement descriptive, transdisciplinaire, interactive, systémique, historicisante qui doit également prendre en compte le vécu émotionnel du praticien. Sa situation aux croisements des secteurs médicaux, judiciaires et sociaux exige une attention toute particulière à la juste place de chacun des professionnels et à la qualité du travail en réseau. Elle impose de tenir en compte la tripartite du sujet : l'enfant comme sujet de soins, sujet de protection et sujet social. Sous-estimer l'une de ces 3 dimensions

nous met en risque de dérive dans la confusion de rôle, dans une prise de position morale plutôt qu'éthique et dans le déni du caractère psychopathologique de la situation.

La FW-B est dotée depuis plus de 30 ans d'équipes SOS Enfants, multidisciplinaires et spécialisées dans le soin aux enfants victimes de maltraitance ainsi qu'à leurs familles. Ces équipes peuvent être une précieuse ressource pour l'intervenant confronté à une situation d'enfant maltraité.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fossion P, Rejas MC, Hirsch S. La trans-parentalité. La psychothérapie à l'épreuve des nouvelles familles. Paris: L'Harmattan; 2008.
2. Fédération Wallonie-Bruxelles. (consulté le 24/04/2017). Aide à la Jeunesse. [Internet]. <http://www.aidealajeunesse.cfwb.be>
3. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014;62(5):299-312.
4. Office de la naissance et de l'enfance. (Consulté le 24/04/2017). L'ONE en chiffres 2015. [Internet]. Bruxelles : ONE ; 2015. http://www.one.be/uploads/tx_ttproducts/datasheet/05_RA_2015_ONE_en_chiffres_01.pdf
5. Cirillo S. La famille maltraitante. Paris: ESF; 1992.
6. Golse B. La maltraitance infantile, par delà la bienpensée. Temps d'Arrêt lecture. Bruxelles: Yapaka; 2013.
7. Tilmans-Ostyn E. La thérapie familiale face à la transmission intergénérationnelle de traumatismes. *Thérapie familiale*. 1995;16(2):163-83.
8. Lamour M. Parents défailants, professionnels en souffrance. Temps d'Arrêt lecture. Bruxelles: Yapaka; 2010.
9. Fédération Wallonie-Bruxelles. (Consulté le 24/04/2017). Que faire si je suis confronté à une situation de maltraitance d'enfant ? [Internet]. Bruxelles: Fédération Wallonie-Bruxelles; 2014. http://www.centres-de-vacances.be/fileadmin/user_upload/Brochures_et_Outils/brochures_et_autres/Brochure_Maltraitance.pdf

Correspondance et tirés à part :

B. VANTHOURNOUT
C.H.U. Saint-Pierre
SOS Enfants-ULB
Rue Haute, 322
1000 Bruxelles
E-mail : brigitte_vanthournout@stpierre-bru.be

Travail reçu le 18 mai 2017 ; accepté dans sa version définitive le 23 mai 2017.