

Maltraitance à enfant (37)

Docteur Paul FRAPPAT
Juillet 2004

Pré-requis :

- Traumatologie courante
- Développement psychologique de l'enfant
- Séméiologie gynécologique
- Code de déontologie médicale

Résumé :

La maltraitance à enfant, qu'elle soit physique, psychologique ou sexuelle est un grave problème de société et de santé publique. Chaque année en France, plusieurs dizaines de milliers d'enfants sont réellement maltraités ou en risque. Ce problème touche les enfants à tout âge et dans tous les milieux. Le médecin se doit d'être sensibilisé au problème pour mieux le diagnostiquer devant une symptomatologie physique ou psychologique diverse et peu spécifique. En cas de maltraitance à enfant avérée ou suspectée, le praticien, pour protéger l'enfant, a pour devoir, "sauf circonstances particulières" d'alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Mots-clés :

Séviences physiques, violences psychologiques, abus sexuels, signalement, prévention.

Exercices :

1. Définitions

Très difficiles à proposer car elles sont variables en fonction des cultures et de l'évolution des connaissances et de la société.

Les définitions habituellement retenues en France, à l'heure actuelle, sont celles de l'ODAS (Observatoire national De l'Action Sociale Décentralisée) :

- **Enfant maltraité** : Enfant victime de violences physiques, psychologique, sexuelles ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et/ou psychologique.
- **Enfant en risque** : Enfant 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.
- **Enfant en danger** : Enfants maltraités + Enfants en risque

2. Épidémiologie

2.1. Fréquence

Les chiffres actuels en France sont discutables, car évalués à partir des données des services sociaux de chaque département, qui n'ont pas toujours l'exhaustivité des cas ni la rigueur nécessaire.

En 2002, l'ODAS a recensé en France 86000 cas d'enfants en danger (18500 enfants maltraités, 67500 enfants en risque).

L'augmentation de fréquence notée ces dernières années semblent essentiellement corrélée à un meilleur recensement des cas d'enfants en risque et à une évolution très sensible des mentalités après abus sexuels, notamment avec une plus grande prise de parole des victimes.

2.2. Age de survenue ou de révélation

La maltraitance s'observe à tout âge pédiatrique :

- nourrisson = 10%
- petit enfant = 15%
- grand enfant = 30%
- adolescent = 40%
- adulte = 5%

2.3. Facteurs de risque

Liés à l'enfant :

- enfant non désiré, illégitime, né d'une autre union
- enfant séparé de ses parents à la naissance (prématurité, pathologie néonatale, hospitalisation) ou dans le jeune âge (placement)
- enfant "difficile"

Liés aux parents : Mère isolée, antécédents psycho-sociaux, antécédents d'enfance difficile, maladie mentale, alcoolisme...

Socio-économiques : La maltraitance s'observe dans toutes les classes sociales mais avec une prédominance plus marquée ou plus visible dans les milieux défavorisés.

Antécédents de maltraitance : S'il est vrai que de nombreux parents mal traitants ont eux-mêmes été maltraités dans leur enfance, la grande majorité des enfants maltraités seront des parents bien traitants.

2.4. Auteurs des mauvais traitements

- famille proche (père, mère, beau-père, belle-mère, frère/soeur) > 85%
- entourage (gardien, voisin, amis, camarades...) = 10%
- professionnels (de l'enfance, enseignants, médecins, magistrat...) < 3%

3. Aspects cliniques

3.1. Sévices physiques

Lésions visibles :

- aucune spécificité
- de localisation multiple: visage, siège, membre, thorax, abdomen
- d'ages différents
- de nature diverse: ecchymoses, hématomes, plaies (griffures, morsures), coup de fouet, brûlures, alopecies...
- mal expliquées

Lésions squelettiques = syndrome de Silverman :

- surtout observées chez le nourrisson ou le petit enfant

- fractures métaphysaires des os longs: multiples, d'ages différents, négligées, mal expliquées
- fractures de côtes
- fracture des os propres du nez
- nécessité d'un examen radiologique complet du squelette

Lésions viscérales :

- rupture de foie, de rate...

Lésions cérébro-méningées :

- apanage du nourrisson (syndrome des enfants secoués)
- avec ou sans fracture du crâne
- hématomes sous-duraux +++
- contusion cérébrale
- hémorragies rétiniennes au FO +++
- risque de séquelles neurologiques ou visuelles ++ ou risque vital

3.2. Signes cliniques évocateurs de négligence lourde

- malnutrition, carences vitaminiques, défaut d'hygiène
- cassure de la courbe staturo-pondérale réversible en milieu hospitalier
- nanisme d'origine psycho-sociale
- retard psycho-moteur +/- réversible

3.3. Signes cliniques évocateurs de maltraitance psychologique

Troubles du comportement :

- nourrisson: conduite d'évitement, avidité affective, tics, troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires, troubles sphinctériens...
- enfant ou adolescent: agitation, instabilité psycho-motrice, dépression, tentative de suicide, fugues, difficultés scolaires...

3.4. Pathologies induites ou alléguées : Syndrome de Münchhausen par procuration

Pathologie induite par l'administration volontaire par l'entourage (le plus souvent la mère), de médicaments ou de toxiques (forme active) ou allégation de symptômes cliniques riches et variés qui entraînent la multiplication d'investigations complémentaires, d'hospitalisations ou de thérapeutiques (forme passive).

Le diagnostic de mauvais traitements à enfant repose sur un ensemble d'arguments cliniques et l'appréciation de la situation médico-psycho-sociale. Le médecin ne doit pas prendre la place du juge ou du policier et n'a pas à rechercher des aveux. Il doit cependant rester sensibilisé à ce grave problème, loin d'être exceptionnel, pour évoquer ce diagnostic et prendre les mesures adaptées de soins et de protection de l'enfant.

4. Abus sexuels

Peut se définir comme une **activité sexuelle imposée à un enfant**, incapable de comprendre ou d'assumer ce qui lui arrive. L'atteinte sexuelle n'est pas forcément imposée avec violence ou contrainte.

Peut prendre **différentes formes**: attouchements, pénétration (vaginale, anale, buccale), exhibitionnisme, matériel pornographique, prostitution...

Peut s'observer dans le **milieu familial (inceste) ou extra-familial** par une personne connue ou inconnue quelle que soit sa fonction sociale.

Circonstances de diagnostic :

- après révélation par l'enfant souvent, par la famille, par les enseignants, par un travailleur social...
- devant des symptômes évocateurs : lésions traumatiques des organes génitaux, maladies sexuellement transmissibles, grossesse
- devant des manifestations moins spécifiques: infections vaginales à répétition, brûlures vulvaires, infections urinaires récidivantes
- savoir l'évoquer devant une symptomatologie très variée:
 - manifestations psychosomatiques : douleurs abdominales, céphalées, énurésie, encoprésie...
 - manifestations psychiatriques: dépression, tentative de suicide
 - troubles du comportement : troubles du sommeil, refus de se déshabiller, désinvestissement scolaire, conduites anti-sociales...
 - troubles du comportement sexuel, vocabulaire inadapté à l'âge.

La parole de l'enfant doit être strictement respectée, son mutisme également. La première parole est habituellement la plus fiable et doit être retranscrite dans sa forme. Il convient de savoir mettre l'enfant en confiance en le déculpabilisant et d'éviter la suggestibilité et la répétition. L'évolution vers la rétractation secondaire est fréquente.

L'examen clinique doit être fait de manière délicate:

- **l'état psychologique** de l'enfant doit être évalué : facilité d'expression, gêne, honte, culpabilité, pleurs...
- **l'examen général** vise à mettre en confiance l'enfant et à rechercher d'éventuelles traces de sévices physiques
- **l'examen gynécologique** peut être pratiqué par tout praticien, avec le consentement de l'enfant si son âge le permet, et de manière non intrusive. La présence d'un tiers est indispensable. On recherche des lésions traumatiques (plaies, ecchymoses, déchirures...) au niveau de l'hymen, de la vulve, du périnée, de l'anus (et de la verge chez le garçon) ou des traces de sang, de sperme ou de sécrétions. Cet examen est peu souvent informatif. Sa négativité n'élimine en rien le diagnostic.

L'hospitalisation s'impose en cas d'abus intra-familial, de retentissement psychologique important (enfant, entourage), de signes en faveur d'une infection, de difficultés d'examen gynécologique. Un examen par un gynécologue-obstétricien ou un médecin légiste peut-être nécessaire. Des examens complémentaires peuvent être pratiqués: recherche de spermatozoïdes, prélèvements bactériologiques, sérologies diverses, test de grossesse... La mise en observation de l'enfant donne le temps d'évaluer l'état psychologique de l'enfant et le contexte psychosocial de sa famille et protège l'enfant d'un éventuel risque de récurrence ou de pression de l'entourage.

Un certificat médical décrit les lésions observées, le comportement et l'état psychologique de l'enfant lors de la consultation et transcrit fidèlement les propos de l'enfant et de son entourage. Le praticien ne doit pas reprendre les dires de la victime à son propre compte, ne doit pas désigner l'auteur, ni conclure à l'absence d'agression sexuelle sur la négativité de l'examen clinique.

Une information aux parents est faite sur la possibilité de porter plainte (police ou gendarmerie) ou de s'adresser au procureur de la république et de prendre contact avec une association d'aide aux victimes.

5. Signalement

Son objectif essentiel est la **protection de l'enfant**. Il ne relève pas de la délation, mais représente pour un médecin un devoir ou une obligation légale.

Signalement judiciaire :

- en cas de maltraitance avérée, d'abus sexuel ou de refus des parents d'une hospitalisation ou d'une mesure administrative
- à faire auprès du **procureur de la république ou du substitut chargé des mineurs**
- par téléphone ou fax, avec confirmation obligatoire par courrier (en donnant des renseignements administratifs et médicaux concernant l'enfant et le motif du signalement).

Signalement administratif :

- en cas d'enfant en risque, en l'absence de gravité ou de caractère d'urgence
- à adresser au **président du conseil général** (chef de la circonscription ou médecin du service de Protection Maternelle et Infantile) du domicile des parents.

Le secret professionnel n'est pas applicable "à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans..." (article 226-14 du code pénal).

Les articles du code pénal concernant la non-dénonciation de mauvais traitements (art.434-3), la non-dénonciation de crime (art.434-1) et la non-assistance à personne en danger (art.223-6) doivent être connus par tous les praticiens.

Article 44 du Code de Déontologie Médicale : « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur...Il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives ».