

Faculté de Médecine d'Oran

Département de Médecine

Conférence de 2^{ème} année de pédopsychiatrie

Les troubles liés aux traumatismes et à la Maltraitance chez l'enfant

Pr. S. Mouffok

Maitre de conférences « A » en Pédopsychiatrie

Service de Pédopsychiatrie

Etablissement Hospitalier Spécialisé de psychiatrie d'Oran - Sidi Chami

Les troubles liés aux traumatismes et à la Maltraitance chez l'enfant

Introduction :

- Les Enfants en danger sont constitués des enfants maltraités et des enfants en risque.
- 18 000 Enfants sont signalés par an en France pour maltraitance mais aucune donnée fiable n'est disponible dans notre pays.
- La maltraitance a de multiples formes.
- Le médecin qui doit protéger l'enfant a deux types de signalements à sa disposition : judiciaire et administratif mais dans notre pays les dispositifs sont encore flous et à l'état embryonnaire.
- La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du soignant expliquent la nécessité pour les professionnels de santé de disposer d'informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant.

Définition :

- Selon l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (O.D.A.S), parmi **les Enfants en Danger on doit distinguer :**
 - L'enfant maltraité
 - *L'enfant en risque*
- **L'enfant maltraité** défini par : *tout enfant victime de **violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.***
- **L'enfant en risque** défini par : *tout enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais n'est pas pour autant maltraité.*

- **Types de maltraitance**

- Maltraitance ou violence physique
- Maltraitance sexuelle ou abus sexuels.
- Carence de soin et négligences lourdes.
- Cruauté mentale ou violences psychologiques.

Epidémiologie :

- L'observatoire retrouve de 1994 à ce jour :
- Une augmentation puis relative stabilité du nombre d'enfants maltraités et signalés : environ 18 000 enfants / an
- Un meilleur repérage des enfants en risque avec un accroissement constant du chiffre des enfants signalés pour situation à risque.
- Parmi les différents types de maltraitance infantile, c'est les négligences lourdes + Violences psychologiques qui sont les plus représentées.
- Il convient de préciser que le diagnostic de violences psychologiques reste un diagnostic difficile.

Facteurs de risque :

- Plusieurs facteurs de risque en matière de maltraitance des enfants ont été recensés.
- Ils peuvent donner un éclairage général lorsque l'on tente de comprendre les causes du phénomène.
- Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés par les parents, mise à part la maltraitance sexuelle qui peut être le fait de connaissances ou d'un autre membre de la famille.
- La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

1) Facteurs liés à l'enfant:

- Plusieurs facteurs peuvent prédisposer l'enfant à être maltraité:
 1. Âge jeune de moins de 4 ans.
 2. Adolescent.
 3. Enfant non désiré ou qui ne répond pas aux attentes de ses parents;
 4. Il a des besoins spéciaux ou pleure de façon persistante, ou il présente une anomalie physique.

2) Facteurs liés aux parents:

1. Le fait d'avoir soi-même subi des maltraitances dans l'enfance (30%).
2. Un manque de connaissances sur le développement de l'enfant ou des attentes irréalistes;
3. l'implication dans des activités criminelles;
4. le fait de connaître des difficultés financières.
5. Carence affective, Troubles psychiatriques;
6. Dysfonctionnement couple;
7. Parents jeunes, famille monoparentale et milieu socio économique défavorisé.

3) Facteurs relationnels intra-familiaux :

1. des troubles physiques ou psychiques d'un des membres de la famille;
2. l'éclatement de la cellule familiale ou des violences intrafamiliales.
3. l'isolement par rapport à la communauté ou l'absence d'un réseau de soutien;
4. une perte de soutien de la part de la famille élargie pour l'éducation de l'enfant.

4) Risque lié à un non-attachement :

1. L'absence d'une relation harmonieuse entre le bébé, puis l'enfant, et ses parents (les travaux de John Bowlby sur la théorie de l'attachement).
2. Toutes les situations qui empêchent que le lien se noue aussi précocement que possible sont potentiellement délétères (prématurité, toutes les causes d'hospitalisation néonatales, dépression du post-partum).

5) Facteurs communautaires et sociétaux :

1. Parmi les caractéristiques de l'environnement communautaire ou social on peut citer:
2. Les inégalités sociales;
3. Le manque de logements appropriés ou de services de soutien aux familles et d'institutions;
4. Les taux de chômage élevés ou la pauvreté;
5. La facilité d'accès à l'alcool et aux drogues;
6. Des politiques et programmes inappropriés pour prévenir la maltraitance des enfants, la pornographie infantile, la prostitution et le travail des enfants;

7. Des normes sociales et culturelles qui encouragent ou glorifient la violence envers autrui, y compris l'usage des châtiments corporels, exigent un respect absolu des rôles sociaux dévolus à chaque sexe ou amoindrissent le statut de l'enfant dans les relations parents-enfants;
8. Une précarité socio-économique.

Clinique

- Il est important de voir l'enfant seul, de le laisser s'exprimer par le dessin, le jeu, si les mots sont trop difficiles.
- Ces médiations peuvent le mettre en confiance, mais il faut rester très clair sur le cadre d'intervention et mettre en évidence son rôle de protection.
- Relation de confiance pour que l'enfant ne se sente pas trahi.
- Identification du type de maltraitance.

Types de maltraitance :

- Les données de l'anamnèse qui font consensus pour évoquer une maltraitance infantile sont d'après une revue générale de la littérature :
 - des éléments suggérant une surveillance inadaptée ;
 - l'absence d'explication pour une blessure ;
 - une explication qui ne correspond pas à l'âge de l'enfant ;
 - une explication qui n'est pas compatible avec la blessure ;
 - une explication qui change avec le temps ;Auxquelles on peut rajouter un retard de recours aux soins.
- Un enfant maltraité est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique :
 - Les violences physiques comportent ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, fractures, secouement, et à l'extrême la mort de l'enfant ;
 - Les violences sexuelles (attouchement et viol) ;

Les violences psychologiques graves comprennent les humiliations verbales ou non verbales, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation

systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.

- Ses effets principaux s'évaluent le plus souvent en termes de troubles des conduites sociales et du comportement, mais aussi de sentiments d'autodépréciation ;

Les négligences lourdes concernent souvent les jeunes enfants et elles sont repérées , à des stades différents, par la dénutrition, l'hypotrophie staturo-pondérale et les troubles du développement intellectuels , ou encore des enfants dont l'état de santé requiert des soins, par les conséquences de la non-dispensation de ces soins.

A) Violences physiques :

- **Les ecchymoses** représentent la manifestation la plus commune de la violence physique envers les enfants.

Les localisations les plus fréquentes des ecchymoses chez les enfants maltraités sont les oreilles, le cou, le visage, la tête, le tronc, les fesses et les bras, et elles tendent à être plus grandes.

- **Les brûlures:** La majorité des brûlures intentionnelles sont des brûlures par contact avec des objets ou des appareils ménagers (cigarette, fer à repasser, radiateur électrique, sèche-cheveux, fourchette).
- **Morsures** d'adulte, blessure de la cavité buccale et les fractures.
- **Traumatismes crâniens :** Entre 20 % - 25 % des enfants battus présentent des traumatismes crâniens graves (10 % des enfants victimes de sévices sont porteurs d'une fracture du crâne, ce qui est la deuxième localisation après celle des membres). Ces traumatismes sont plus fréquents dans les 2 premières années de vie.
- Le « **syndrome de l'enfant secoué** » (shaken baby syndrome) , provient de forts mouvements de translation imposés à l'enfant, et associe des hémorragies sous-durales et/ou sous-arachnoïdiennes, avec des hémorragies rétiniennes, chez un enfant de moins de 2 ans ; 60 % sont âgés de moins de 6 mois, 75 % sont des garçons.

- **Lésions osseuses**
 - Près de 20 % des sévices à enfants sont diagnostiqués par des radiographies osseuses qui peuvent être utilisées comme preuve.
 - Les lésions osseuses surviennent dans 50 % des cas, chez des enfants de moins de 2 ans.
 - Elles sont produites par des mécanismes indirects (traction ou rotation forcée) ou directs (contusion).
 - Elles sont fortement évocatrices lorsqu'elles sont multiples, plurifocales, avec une consolidation osseuse à des stades différents (ce qui signe la répétition des traumatismes).
 - Le syndrome de **Silverman** associe lésions osseuses et cutanées. Au moindre doute, une radiographie de squelette complet doit être réalisée.

- **La violence physique** peut entraîner des séquelles plus ou moins sévères, voire le décès de l'enfant.
- Elle peut se constater cliniquement par l'existence de lésions visualisées directement (peau) ou par des examens complémentaires (lésions viscérales).
- L'élimination d'un diagnostic différentiel (accident, maladie constitutionnelle, etc.) n'est pas toujours évidente d'emblée.

B) Carence de soins et négligence :

Carence de soin :

- Il s'agit de la non-satisfaction des besoins physiologiques (hydratation, alimentation) et/ou affectifs (amour des parents, protection face à un danger) de l'enfant.
- Dans ces cas, les conflits de couple et les séparations sont très fréquents (près 30 % des signalements).
- ainsi que les difficultés psychiatriques des parents (14 % des cas) et leur dépendance à l'alcool et aux drogues (à peu près 12 % des cas).
- Une carence éducative y est associée pour près de 6 enfants sur 10 dans ces situations.

- Elle peut entraîner des troubles du comportement plus ou moins sévères, ainsi que des retards de développement (nanisme psychogène) ou des troubles du développement à la fois physiques et psychologiques.

Négligence :

- On peut envisager, comme négligence, un retard à consulter devant un symptôme de l'enfant (fièvre, douleurs, etc.)
- Un retard à l'administration d'un traitement en cas de maladie.
- Une absence de surveillance dans des situations à risques en fonction de l'âge de l'enfant (bébé laissé seul ; enfant jeune laissé seul devant un plan d'eau ; alcool, drogue ou médicaments laissés à la portée des enfants, etc.).
- La répétition des intoxications ou des accidents chez un même enfant doit faire évoquer le diagnostic.

C) Violence psychologique ou cruauté mentale :

- la cruauté mentale est définie comme « l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique :
- humiliation verbale ou non verbale,
- menaces verbales répétées,
- marginalisation systématique,
- dévalorisation systématique, exigence excessive disproportionnée à l'âge de l'enfant,
- consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter ».

D) Maltraitance sexuelle :

- Forcer ou inciter un mineur à prendre part à une activité sexuelle .
- Activité sexuelle avec ou sans activité physique (voyeurisme, viols , attouchements ou incitation à la prostitution).
- Souvent, les enfants ne révèlent leurs expériences de violences sexuelles que très difficilement et après une longue période de silence.
- L'âge moyen de la première révélation serait 18 ans, alors que l'âge moyen auquel l'enfant est victime de violences sexuelles pour la première fois serait de 8 ans.

- Le caractère spécifique dans ce cadre est l'examen somatique obligatoire en médecine légale au cours de la procédure judiciaire.
 - Les signes physiques sont rarement révélateurs :
 - saignement vaginal ou rectal
 - infections génito-urinaires ou maladies sexuellement transmissibles
 - grossesse
 - Le plus souvent les signes sont non spécifiques :
 - Un syndrome dépressif
 - troubles du comportement (avidité affective non sélective, syndrome hyperkinétique, conduites d'hypersexualisation)
 - troubles des conduites (échecs scolaires, tentative d'autolyse, fugues, troubles des conduites alimentaires, sommeil....)
 - troubles psycho-somatiques (douleurs abdominales, énurésie et/ou encoprésie...)
- Dans toutes ces situations l'examen génito-anal sera réalisé par un médecin expérimenté, non traumatisant en évitant de soumettre l'enfant à des examens répétés.
- En dehors des situations d'agression sexuelle caractérisées (viol), l'examen pourra être différé pour être réalisé dans les meilleures conditions possibles.
 - En se rappelant qu'un examen négatif n'élimine pas la réalité de l'abus.
 - **Troubles psychiques évocateurs mais non spécifiques de violences sexuelles :**
 - L'enfant peut présenter des préoccupations sexuelles inadaptées à son type de développement (hyper sexualisation ,jeux ou propos à thématiques sexuelles)
 - Des comportements de masturbation, d'exhibition, d'agression sexuelle sont fréquemment retrouvés.
 - Problématiques posées par des enfants psychotiques déficitaires ou les déficients profonds.
- Chez l'enfant d'école maternelle et de primaire (3 à 11 ans) :**
- Une hyper vigilance, des sursauts, une hypertonie,
 - Des troubles du sommeil,
 - Un refus d'alimentation,

- Un retard ou des difficultés de croissance (avec cassure de la courbe de croissance),
- Un retard de langage ou de développement psychomoteur.
- Enurésie et encoprésie, primaire ou secondaire, peuvent aussi apparaître.
- Les (dyslexies–dysorthographies), de tableaux de troubles de l’attention et de la concentration, de la mémoire.
- Des signes qui dans un premier temps peuvent fausser le diagnostic de maltraitance sexuelle.
- Un ralentissement psychique tel que l’on peut suspecter, à tort, un retard mental .
- Des troubles du comportement et/ou des conduites antisociales de cause malaisée à déterminer, et qui ne disparaissent pas avec les traitements psychotropes.
- Il peut également arriver que l’enfant soit considéré par le corps enseignant comme un excellent élève, chez lequel on repère néanmoins des signes de mal-être, comme un perfectionnisme excessif, une anxiété pathologique, des difficultés d’insertion sociale, des troubles obsessionnels compulsifs.
- Des douleurs somatiques diffuses, d’allure psychosomatique : troubles fonctionnels intestinaux, douleurs pelviennes, maux de tête, douleurs corporelles diffuses.

Chez l’adolescent :

- Troubles caractériels et comportementaux .
- Des filles craignant énormément les contacts avec le sexe opposé.
- Dépression, accompagnés d’idéation suicidaires.
- **Etat de stress post traumatique (PTSD) :**
 - Troubles post-traumatiques marqués par des reviviscences des maltraitances.
 - Des mises en scène indéfiniment répétées de l’agression.
 - Des conduites d’évitement et d’hypervigilance, des manifestations anxieuses et dépressives, des troubles graves de l’interaction, en particulier chez les jeunes enfants.

Attitude de l'entourage qui pourrait nous alarmer :

- Parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec le mineur.
- Il est intrusif à la consultation médicale ou au contraire indifférent à l'égard de l'enfant (absence du regard, de parole).
- Refus de consultation ou d'investigations médicales et paramédicales.
- **Attitude de l'entourage qui pourrait nous alarmer**
- Explications vagues, incohérentes voire fluctuantes au cours du temps.
- Banalisation des symptômes.
- Rejet de la faute sur un tiers.
- Attitude agressive voire sur la défensive envers les professionnels de la santé.

Tableaux particuliers

➤ **Le syndrome de Münchhausen par procuration** (classé dans la maltraitance infantile dans la CIM-10) ou trouble factice imposé à un autre (DSM-V).

- Les symptômes apparaissent ou réapparaissent uniquement quand le parent est présent ;

- Une mauvaise réponse aux médicaments prescrits de façon inexplicée.
- Tableaux particuliers
- Forme rare et grave de mauvais traitement
- Soit allégations de symptômes inexistants (**forme passive**) ou soit **pathologie induite (forme active)**.
- Le corps médical est utilisé comme acteur de la maltraitance avec demande insistante du ou des parents pour soigner l'enfant.
- Souvent mère, formation médicale ou paramédicale.
- Terrain psychologique particulier.
 - Diagnostic difficile.
 - Tableaux particuliers

➤ **Le syndrome de Kramer contre Kramer**

- Allégations de mauvais traitement de la part d'un des parents dans un contexte de conflit.
- Souvent sévices sexuels allégués.
- Exposé à la répétition des examens de l'enfant.

- Fausses allégations 6 fois plus fréquentes contexte de divorce.
- Forme de maltraitance psychologique.
- Tableaux particuliers

➤ ***La Mort Subite Inattendue chez les Nourrissons (MSIN)***

- Mortalité plus élevée dans la maltraitance chez les enfants de moins de 1 an.
- Sous déclaration de morts suspectes.
- Nouvelles recommandations de l'Haute Autorité de Santé dans MSIN (2007) avec nécessité d'une autopsie systématique dans ces situations.

Examens complémentaires

- L'examen clinique peut être complété, en cas de lésions par:
- Des photographies ou des schémas descriptifs.
- Une échographie transfontanellaire ,IRM, et écho abdominale)
- Par la biologie (recherche d'anémie.....).
- Tests psychologiques (RCMAS, MDIC, Tests de personnalité "Rorschach, TAT.....).

Signes psychiques de maltraitance :

- Ils restent difficiles à décrire car ils sont loin d'être univoques ou pathognomoniques.
- Plus la maltraitance est précoce, plus la construction de la personnalité reste centrée par le traumatisme.
- Il faut les évaluer en fonction de la phase de développement de l'enfant.
- Chez **le nourrisson**: un arrêt ou une régression dans le développement précoce.
- Ces pathologies développementales peuvent aboutir à des tableaux d'allure autistique.
- parfois à des tableaux plus partiels comme de la méfiance (pseudo-paranoia).
- Dans d'autres cas, le bébé sombre dans un état dépressif sévère avec apathie, balancement d'autostimulation, pathologies psychosomatiques variées.
- une hypertonie et une hyperextension permanentes du tronc et des membres, secondaires à une hyperexcitation durant les soins.
 - une anorexie, un mérycisme (vomissements avec rumination).
 - des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars, refuge dans l'hypersomnie).

- Un changement de comportement brutal montrant une intense insécurité avec agitation, nervosité, caprices peu compréhensibles, angoisses jamais manifestées auparavant, signes régressifs (collage aux parents, y compris le parent maltraitant ; perte de la maîtrise de la propreté surtout).
- Chez l'enfant plus âgé, les troubles comportementaux sont très divers:
 - Des troubles sphinctériens.
 - Des plaintes somatiques
 - Anxiété d'intensité variable (angoisse de séparation, troubles paniques, état de stress post-traumatique avec reviviscence des violences sous forme de cauchemar) est quasi constante.
 - L'enfant peut aussi alerter par la perte d'intérêt pour les activités qu'il affectionnait, un évitement ou au contraire un collage relationnel, une hyperexcitabilité avec irritabilité, colères, impulsivité, des troubles du sommeil, de la concentration.
 - Par ailleurs, le tableau psychologique est souvent aggravé par l'absence de limite, de cadre voire de loi, au sein de la famille, dans une problématique plus globale de famille à problèmes multiples.

Risques évolutifs :

- Organisations pathologiques :

L'évolution psychopathologique des enfants victimes de maltraitance est influencée par différents facteurs liés directement au traumatisme (sévérité des lésions, séquelles physiques, douleurs très intenses, situations incluant des menaces, particulièrement des menaces d'abandon et/ou de mort, ou même de suicide du parent maltraitant).

- Les comportements antisociaux sont fréquents.
- Dépression avec conduites suicidaires,
- Echec scolaire;
- Echec relationnel;

- Des troubles graves de la personnalité .
- Des troubles du comportement alimentaire: anorexie ou boulimie.
- Des séquelles psychologiques : faible estime d'eux-mêmes ; anxiété ; troubles du sommeil ; troubles cognitifs ;
- Douleurs chroniques invalidantes ; colère et agressivité ;
- Préoccupations hypocondriaques ; difficultés affectives, sexuelles
- Les automutilations, la désinsertion sociale.
- Des risques élevés de fugue, prostitution et addictions.
- Risque de mort précoce (accident, maladie et suicide), de
- maladies cardiovasculaires et respiratoires, de diabète, d'obésité, d'épilepsie, de troubles de l'immunité.
- Le risque de nouvelle victimisation à l'âge adulte est important:
- Les victimes auraient entre 2 et 11 fois plus de risques de subir
- une nouvelle agression sexuelle qu'un groupe témoin.
- Partenaires multiples, sexualité en groupe.
- Les maladies vénériennes et le sida.

Prise en charge : On peut définir 4 missions au médecin :

- *Repérer*
- *Alerter*
- *Protéger*
- *Prévenir*
- Pour protéger l'enfant le médecin devrait hospitaliser l'enfant.
- Une évaluation psychosociale de la situation est toujours nécessaire.
- Il n'existe malheureusement pas dans nos hôpitaux des unités d'accueil et de prise en charge des enfants victimes. *Surtout pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles.*
- Dans tous les cas, il devra travailler *en collaboration, sans précipitation et dans le calme.*
- Les questions sont les suivantes :
 - Quels sont les signes d'alerte (symptômes, signes physiques, comportements de l'enfant) ?

- Quelles sont les situations faisant évoquer une maltraitance infantile ?
- Quelles sont les actions à mettre en œuvre pour protéger l'enfant ?

Population concernée: Les enfants de moins de 18 ans.

Professionnels concernés: Médecins généralistes, pédiatres, pédopsychiatres, médecins et puéricultrices de PMI, médecins et infirmières scolaires, médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences pédiatriques et de radiologie), sages-femmes, chirurgiens-dentistes. Les pédopsychiatres et médecins légistes pourront être saisis dans le cadre de l'expertise.

Objectifs:

- Un des objectifs principaux est de réconcilier l'enfant victime avec son corps, ce dernier étant souvent devenu objet de dégoût ou de rejet.
- la prise en charge individuelle.
- la prise en charge en thérapie familiale (dans différentes configurations : thérapie de la fratrie, du couple parental).

Les thérapeutiques pharmacologiques : pouvant jouer un rôle d'appoint ponctuel sur les phénomènes anxieux et dépressifs, ainsi qu'un rôle d'abrasion de comportements indésirables tels que des états d'agressivité ou d'agitation).

Les thérapies de type *eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)* qui visent à une neutralisation chez un sujet des émotions négatives en lien avec un traumatisme ancien .

Deux démarches difficiles dans notre pays:

- La démarche judiciaire.
- démarche médico-psycho-sociale concertée et pluridisciplinaire.

Recommandations :

- Il est recommandé d'assurer en premier lieu la protection du mineur contre une éventuelle récidive en ayant recours aux actions suivantes:
- soit faire un signalement au procureur de la République, qui peut mettre en place des mesures de protection immédiate du mineur.
- soit **hospitaliser le mineur si la situation le nécessite, et parallèlement faire un signalement au procureur de la République ou au juge des mineurs.**

Étape 1 : Écouter et observer

Conduite à tenir : Les signes d'alerte de maltraitance, isolés ou combinés, peuvent inclure :

- une maltraitance rapportée ou révélée par un enfant ou un adolescent ou un tiers ;
- l'apparence de l'enfant ;
- le comportement de l'enfant ou son attitude ;
- des symptômes ;
- des signes physiques ;
- un résultat d'examen ;
- l'interaction entre l'enfant ou l'adolescent et le parent ou la personne qui s'occupe de lui.

Étape 2 : Chercher une explication

Conduite à tenir

- Chercher une explication pour toute blessure ou tout recours aux soins à la fois du parent et de l'enfant.
- Suspecter une maltraitance devant des révélations d'un enfant même si son récit est imprécis.
- **Le professionnel devrait expliquer à l'enfant la nécessité de discuter avec un autre professionnel et le fait qu'ils ne peuvent garder cela confidentiel mais de façon très prudente pour ne pas inhiber l'enfant.**

Étape 3 : Décider

Conduite à tenir : Envisager, suspecter ou exclure une maltraitance.

En récapitulé : Rassurer, expliquer, prise en charge somatique

- Certificat médical descriptive, signaler, Puis psychothérapie de soutien
- Entretiens avec les parents si cela est possible.

Textes de loi :

- Le médecin dans ces situations doit avoir une bonne **connaissance des textes de loi**.
- Le Code Pénal précise **l'obligation de signaler** : « *Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitement ou privations infligées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende* » (Article 434.3)
- Le médecin est soumis au secret médical comme tout professionnel de santé mais la loi autorise aussi la **levée du secret médical dans les situations de maltraitance** :
 - Selon le code de **Déontologie Médicale** :
 - Le médecin doit « *être le défenseur suprême de l'enfant malade lorsqu'il estime que l'intérêt de la santé de celui-ci est mal compris ou mal servi par l'entourage* »
 - Le médecin « *doit mettre en œuvre tous les moyens pour protéger l'enfant victime en faisant preuve de circonspection mais en n'hésitant pas si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de 15 ans* ». (Art 43 & 44 Code de Déontologie médicale)
 - Selon le code de **Procédure Pénale** :

- « l'article 226-13 (qui régit le secret professionnel) n'est pas applicable à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de punitions dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de 15ans»

Signalement

- En situation de maltraitance le médecin est dans l'obligation de signaler pour protéger l'enfant.

- Il existe 02 types de signalement:

- Le signalement judiciaire
- Le signalement administratif

- Le signalement porte à la connaissance des autorités judiciaires et administratives la situation de l'enfant.

- Il devra contenir :

- le motif du signalement
- l'examen de l'enfant avec une description précise des lésions
- le comportement de l'enfant lors de l'examen
- les résultats des examens complémentaires
- les propos de l'enfant qui devront être rapportés entre guillemets sans interprétation.

Les parents seront informés du signalement.

-Important !

- Le problème se posera en cas de troubles mentaux de l'enfant.
- Certains policiers refusent d'enregistrer les plaintes.
- Hésitation, doutes et craintes des parents.
- Imprécision des textes et difficultés rencontrées par les magistrats à appliquer les textes de loi concernant l'enfant.

- Signalement judiciaire :

- En cas de maltraitance avérée;
- En absence de collaboration des parents;
- Adressé au Procureur de la République ou au juge des mineurs;
- Les mesures de placement provisoire sont très floues dans notre pays (confié à un membre de la famille ou placé dans un centre ouvert pour mineurs en danger moral??)

Signalement administratif :

- en cas d'enfant en risque
- avec la collaboration des parents
- à l'Inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
- En Algérie (SOEMO: Service d'Observation et d'Education en Milieu Ouvert): afin de lancer l'enquête sociale mais sans placement de l'enfant.

Conclusion :

- Il importe de souligner que les enfants sont les victimes de la maltraitance et qu'ils ne sont jamais à blâmer pour les mauvais traitements qu'on leur inflige.
- La maltraitance à enfant représente une situation malheureusement fréquemment rencontrée par le praticien. Il doit être à même de la diagnostiquer, mais aussi être suffisamment averti .
- Les actions thérapeutiques à envisager doivent l'être au cas par cas, unissant les mesures de protection à un abord psychothérapeutique associant les parents, quand cela est possible.
- connaît aujourd'hui les profondes transformations sociologiques qui affectent la famille d'aujourd'hui : monoparentale, unie par différentes formes d'union, recomposée, homo parentale, etc, et de l'adolescence on sait qu'elle pose avant tout la question de la sortie de l'enfant hors de sa famille pour suivre son destin propre.

- La théorie du complexe du homard de Françoise Dolto, a permis de vulgariser la problématique adolescente. Les homards, quand ils changent de carapace, perdent d'abord l'ancienne et restent sans défense, le temps d'en fabriquer une nouvelle. Pendant ce temps-là ils sont très en danger. Ce n'est pas évident avec l'adolescent qui n'est pas un crustacé, il se développe humainement avec amour et il est très difficile de le protéger des menaces intérieures ou extérieures.
- L'adolescent a besoin de ses parents pour être confronté à d'autres modes de pensée que ceux que lui impose sa culture ;
- La famille, structure à la fois sociale et intime est la courroie de transmission centrale entre l'individu et la société. La famille est donc un lieu d'intervention privilégié dans les pathologies de l'adolescence.

La qualité de « l'envol » de l'adolescent dépend de la solidité du « tremplin » familial.

Références bibliographiques

EMC de pédopsychiatrie

Maltraitance à enfant , Docteur Paul FRAPPAT, Juillet 2004

Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, Harriet MacMillan, M.D., McMaster University, Canada

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, P.Mazet et D.Houzel