

## Dépistage et prise en charge infirmière de la maltraitance chez l'enfant

H. DETHINE

Il faut noter que le domaine de la pédiatrie s'arrête légalement le jour où l'enfant a 15 ans et que tout enfant de moins de 15 ans qui doit être hospitalisé le sera dans un service de pédiatrie selon la Loi belge en vigueur.

### 1. Comment définir la maltraitance à enfant ?

Le concept de sévices à enfant évolue à la fois dans le temps et dans l'espace.

#### 1.1. Évolution dans le temps

Durant des siècles, les méthodes éducatives n'ont fait l'objet d'aucune mesure légale. Le droit de correction était reconnu dans la plupart des pays. La limite entre mauvais traitement et correction autoritaire apparaissait floue.

Au cours du 20<sup>e</sup> siècle, les enfants ont acquis des droits. Leurs droits sont en équilibre harmonieux avec les droits parentaux et familiaux.

Cette convention sur les droits de l'enfant a été adoptée le 20 novembre 1989 par l'Assemblée générale des Nations-Unies (1).

À ce jour, 191 pays se sont engagés à l'appliquer.

*Correspondance* : Hélène Dethine, IDE Pédiatrique Urgences, CHR Namur. Adresse professionnelle : Avenue Albert I<sup>er</sup>, 185 ; 5000 Namur, Belgique. Tél. : 00 32 81/726707.  
E-mail : helenedethine@hotmail.com

## 1.2. Évolution dans l'espace

Les définitions de sévices à enfant ne sont pas universelles. Ce qui apparaît être de la maltraitance dans un pays peut être appréhendé comme un fonctionnement normal dans un autre pays.

Il y a encore peu de temps, en Angleterre, dans les écoles, le châtiment corporel était encore admis. Ce châtiment corporel n'est pas admissible si c'est pour calmer l'adulte ou faire souffrir l'enfant. Par contre, si c'est pour inculquer des règles, pourquoi pas ?

Il existe également, des différences considérables selon les groupes ethniques :

– Que penser de l'excision sur les fillettes de certains pays d'Afrique ? Cette excision correspond à une mutilation et est insupportable.

## 1.3. Définition

L'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée a proposé la définition suivante :

« *L'enfant maltraité est celui qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuel, négligence ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique* ».

### 1.3.1. La qualité de l'agresseur

Les mauvais traitements se rencontrent surtout dans le milieu familial mais également dans les écoles, les institutions, chez les gardiennes d'enfants...

– La violence **familiale** est définie par Finkelhor comme « *abus de pouvoir exercé par un membre de la famille contre un autre* » (2).

– Les violences **institutionnelles** sont définies par Tomkiewicz comme « *toute action commise dans ou par une institution, ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou entrave son évolution ultérieure* » (2).

### 1.3.2. Notion d'intentionnalité

L'intentionnalité ne doit pas être utilisée comme dans la définition des sévices à enfant car quelque soit le caractère intentionnel ou non d'un acte, les préjudices de la maltraitance à l'enfant sont identiques.

Par ailleurs, l'intentionnalité peut être difficile, voire impossible à déterminer.

Dans plusieurs cas, les limites entre « bien traitance » et « maltraitance » sont particulièrement floues lorsqu'il s'agit par exemple, de négligences ou de sévices d'ordre psychologique.

Les conditions de vie des adultes responsables de l'enfant, le milieu familial, la diversité des constantes socioculturelles dans les différents groupes de notre société peuvent expliquer la difficulté de définir avec rigueur les besoins de l'enfant.

En effet, ce qui pour les uns, est considéré comme un besoin qui doit être impérativement satisfait, peut être tenu pour superflu par d'autres.

## 2. Les différents sévices

### 2.1. Les violences physiques

Aux urgences, bon nombre d'enfants se présentent avec des plaies à différents endroits du corps, avec des fractures, des brûlures, des ecchymoses.

Les lésions sont le plus souvent d'origine accidentelle, parfois liées à une pathologie, notamment en ce qui concerne les **ecchymoses**.

Le diagnostic différentiel a toute son importance et commence par *l'anamnèse*.

**Par exemple :** des parents se présentent aux urgences avec leur enfant Tom, âgé de 2 ans. Il présente de multiples hématomes sur le corps. Ils entrent tous les trois dans la salle de pédiatrie qui est une salle décorée pour les enfants et où il y a quelques jeux.

L'action de l'infirmière va se dérouler en plusieurs étapes : elle observe *l'état* de l'enfant qui paraît bon. L'enfant se dirige spontanément vers les jeux. Il est à l'aise, actif. Ses parents sont très bavards, embrassent l'enfant.

Ensuite, elle invite les parents à *déshabiller* l'enfant afin de visualiser toutes les parties du corps et ainsi faciliter l'examen clinique du médecin. L'enfant n'est pas douloureux.

Elle entreprend *l'anamnèse* : Quand sont apparues les premières ecchymoses ? Vont-elles en croissant ? Y a-t-il des notions de chutes, de coups ? A-t-il fait de la température ? A-t-il un traitement à domicile ? Quels sont les antécédents ? A-t-il des allergies ?

Elle prend ensuite les *paramètres* : poids, température, pulsations, tension artérielle et appelle le médecin, qui interroge les parents. Cela peut sembler énervant, *mais cela permet de vérifier la cohérence du récit*. Parfois, de nouveaux éléments viennent s'ajouter.

Après l'examen clinique, le médecin décide de faire une *prise de sang*. Les résultats révèlent une thrombocytopénie qui nécessite une hospitalisation pour traitement par voie intraveineuse de sandoglobuline, surveillance sous monitoring des différents paramètres, de la biologie, repos pour éviter de nouveaux hématomes.

Ceci permet d'expliquer l'importance du diagnostic différentiel.

En effet, l'ecchymose peut être d'origine accidentelle, d'origine infectieuse, d'origine hématologique ou d'origine mongolique.

Au même titre que les ecchymoses, les **fractures** sont monnaie courante chez l'enfant se présentant aux urgences. L'anamnèse est réalisée d'emblée. Si l'enfant est assez grand et n'est pas trop traumatisé ou algique, il explique ce qui s'est passé. Sinon l'accompagnant relate les faits. Le médecin examine l'enfant, un anti-douleur est administré per os ou par voie intraveineuse.

Ensuite, l'enfant est amené à la radiographie. L'enfant est ensuite revu par le chirurgien qui réinterroge l'enfant (à nouveau pour voir si les éléments concordent). Puis, il décide du traitement à appliquer.

**Le syndrome de l'enfant secoué** se rencontre chez le bébé de moins d'un an, car à cet âge : la tête est lourde et représente 1/4 de la taille totale, le cou est hypotonique. En outre, il existe un espace entre le cerveau et la boîte crânienne, qui, lorsque l'enfant est secoué d'avant en arrière telle une poupée de chiffon, permet à des petits vaisseaux de se déchirer, provoquant une hémorragie méningée ; le cerveau est projeté contre la boîte crânienne et cela peut entraîner un œdème cérébral.

Ceci peut provoquer une perte de connaissance, des convulsions,... Le secouage provoque des hémorragies rétinienne. L'enfant peut également présenter des fractures par arrachements osseux au niveau des ligaments, des fractures de côtes parce qu'il a été maintenu puissamment par le thorax.

Le geste malheureux peut être effectué par un adulte qui se trouve, par exemple, face à un bébé qui devient hypotonique et, la panique aidant, il le secoue. Ou parfois, dans certaines situations difficiles d'énerverment, d'exaspération, l'adulte en arrive à faire ce geste malheureux parfois même à plusieurs reprises.

## 2.2. L'abus sexuel

Il est rare qu'un enfant fabrique de toute pièce une histoire d'abus sexuel. Il faut toutefois s'assurer qu'il n'a pas accès à la télévision ou à des vidéos qui lui auraient permis de découvrir certains détails de l'activité sexuelle des adultes.

Un examen médical doit être réalisé, mais il n'est pas toujours révélateur.

## 2.3. Les violences psychologiques

Par définition, on parle de **séviences psychologiques** lorsque le comportement de l'adulte entrave le développement intellectuel, affectif et social de l'enfant et ce, de manière délibérée.

Par exemple : ne jamais reconnaître les performances de l'enfant, ne jamais l'encourager, le dénigrer sans cesse, souligner ses erreurs et ses échecs et mépriser ses succès, le terroriser en le menaçant de punitions déraisonnables, le faire vivre dans un climat d'insécurité, le priver de contacts sociaux, le rendre responsable des ennuis rencontrés par la famille et faire de lui un bouc émissaire, le ridiculiser devant autrui, exiger de lui des performances excessives pour son âge ou compte tenu de ses capacités que ce soit dans le domaine scolaire ou sportif, ...

Cette violence psychologique peut amener l'enfant à entrer en dépression et aller jusqu'à faire une tentative de suicide.

A contrario, il peut libérer cette tension par de l'agressivité, de la violence physique vis-à-vis d'un tiers. Un enfant agressif, violent est souvent le signe d'un mal être, l'expression d'une souffrance cachée.

## 2.4. Le syndrome de Munchausen par procuration

L'enfant est la victime d'une maladie **inventée ou fabriquée de toute pièce par les parents**.

Cette maladie se traduit par un nombre important d'hospitalisations inutiles, voire même d'interventions chirurgicales.

Le profil familial a certaines caractéristiques types et possède certaines spécificités et se décrit comme suit : la mère est le plus souvent en cause. Le père présente souvent un comportement passif, absent de la cellule familiale, soit par obligation professionnelle, soit à la suite d'une discorde dans le couple.

Le ou les parents ont souvent une connaissance médicale du fait de leur profession ou par des lectures spécialisées.

En cas d'hospitalisation de l'enfant, les parents restent constamment au chevet de celui-ci et participent activement aux soins. Le(s) parent(s) peut (peuvent) aller jusqu'à administrer des médicaments pour provoquer des symptômes.

Le diagnostic est très difficile à poser, d'autant plus que les parents ne restent pas forcément fidèles à un hôpital (shopping médical).

## 3. Principes de prise en charge

### 3.1. Rester professionnel

**Il est important de se décentrer** par rapport à nos propres réactions affectives (colère, rejet, agressivité, désir de venger l'enfant...) et par rapport aux réactions affectives de la famille (agressivité, séduction, banalisation, manipulation...).

Coller aux émotions ressenties mène à l'aveuglement et au rapport de force.

**Il faut rechercher** la cohérence entre l'anamnèse et les lésions, penser à éliminer les pathologies pouvant simuler une maltraitance (impétigo à cause de brûlures de cigarette ; maladie des os de verres provoquant des fractures).

### 3.2. Repérer les indicateurs de risque

Il est nécessaire de travailler à deux, en tenant compte de deux axes : le passé et le présent.

Ces deux axes concernent tous les acteurs de la maltraitance : l'enfant (non désiré, négligé, blessé, difficile, hyperkinétique...), le père, la mère (au passé affectif carencé, agressifs, instables, assuétude, personnalité immature,...), le couple (séparation haineuse, mécontente profonde, unions multiples, disputes violentes,...), la fratrie (antécédents psycho médico-sociaux, placements, ...), le réseau familial et social (grands-parents, école...).

### 3.3. Protéger l'enfant

Il faut envisager avant tout la **protection** de l'enfant : la maltraitance doit s'arrêter, l'enfant ne doit pas être menacé (des preuves éventuelles ne doivent pas disparaître).

Dans la mesure du possible, nous devons être transparents et ce, pour les deux raisons suivantes : le respect des personnes et pour pouvoir construire une relation d'alliance, il faut se montrer « honnête ».

### 3.4. Construire une relation d'alliance

Une relation d'aide et de soins ne peut se réaliser ni dans le rapport de force, ni dans le mensonge.

Il faut pouvoir considérer que la relation se déroule à trois (l'enfant est un « otage »...). Nous devons rester « bien traitant ».

De son côté, l'enfant doit gérer la culpabilité et l'angoisse d'être abandonné.

Si l'enfant doit être protégé par des mesures autoritaires, par exemple en cas de danger vital, les services d'urgences peuvent interpellier directement le Parquet de l'aide à la jeunesse.

### 3.5. Négocier et mettre en œuvre un projet d'aide

Le protocole d'intervention en famille relève du travail d'**équipes spécialisées** (SOS parenfants, aides familiales,...).

L'interpellation auprès du *service de l'aide à la jeunesse* est une aide consentie par les parents, et ne nécessite donc pas l'intervention du pouvoir juridique ; l'interpellation auprès du *parquet de l'aide à la jeunesse* est l'appel au juge de la jeunesse qui met en œuvre la protection de l'enfant *hors l'avis du parent* : placement provisoire en famille d'accueil et d'urgence, crèches, maisons maternelles,...

## 4. Aspects psychologiques

Au delà des lésions sur le corps, la maltraitance physique abîme l'enfant dans son être en devenir. La maltraitance est à comprendre comme un processus qui s'inscrit dans une dynamique familiale toujours particulière et unique, parfois simple mais le plus souvent complexe, où chaque enfant, chaque adulte tient un rôle essentiel.

La violence qui se déploie est avant tout la conséquence d'un trouble de l'attachement où le langage a perdu sa fonction ritualisante, symbolisante qui permet aux émotions de s'exprimer sans détruire l'humain qui est en nous.

Les symptômes psychologiques ne sont pas en relation directe de cause à effet avec tel ou tel autre type d'acte maltraitant. Le processus différencie **le contenu**

**traumatique** qui recouvre à la fois les aspects physiques des lésions et les dommages psychosociaux qui sont les troubles d'identité, l'anxiété, les difficultés scolaires, les troubles du langage, les sentiments de dépression et d'autodépréciation, les troubles du comportement et les plaintes somatiques et, enfin, **les mécanismes d'adaptation** qui sont de véritables stratégies que l'enfant met en place pour survivre à ces situations de violences. L'enfant se trouve en position de dépendance vitale à l'égard de son parent. Peu de choix sont possibles : l'enfant peut devenir un enfant conforme, sage, qui se fait oublier ; il va idéaliser son parent afin de garder le sentiment d'avoir un bon parent et prendre sur lui la responsabilité des mauvais traitements. L'enfant peut aussi reprendre à son compte le rôle du méchant, avoir des comportements agressifs et provoquants et de ce fait « dédouaner » son parent. Enfin, l'enfant peut s'identifier à l'agresseur. Cet autre mécanisme d'adaptation à la violence lui permet de dominer la situation, de la contrôler et donc d'échapper à ses sentiments d'impuissance et de détresse. Il devient tout-puissant, insensible, indifférent (3).

## Références bibliographiques

À lire pour plus d'information : Geuebelle F. L'enfant maltraité : le paramédical/le médecin. Liège, Édition de l'Université de Liège, année inconnue.

1. Convention des Droits de l'Enfant, ONU, 1989, <http://aigp.cali.be/droits-enf.php>
2. Gosset D, Hédouin V, Revuelta E, Desurmond M. Maltraitance à enfants. Paris, Édition Masson 1996 ; 135.
3. Vanthournout B. L'enfant battu : aspects psychologiques. Revue médicale du Centre SOS Enfants-ULB/CHU St-Pierre, Bruxelles 2005 ; 26 : S326-32.

