

La maltraitance à l'égard des enfants et des adolescents

Alors qu'il y a une vingtaine d'années le tabou restait encore très massif et important dans la société et même dans les milieux professionnels, que les travaux de recherches et les mesures relevaient beaucoup du modèle américain, l'attention des responsables politiques comme des différents thérapeutes, en particulier les thérapeutes de familles, ont contribué au développement de recherches et de mesures thérapeutiques et pédagogiques pour les enfants victimes, en Europe.

Il ressort de l'examen des travaux de l'OMS et des publications faites dans les différents pays que la violence à l'égard des mineurs a toujours existé et peut prendre une importance très grande actuellement avec les réseaux Internet de pédophilie et les abus sociétaux dans les pays où les enfants sont entraînés très tôt dans le travail et dans la guerre quand ce n'est pas dans des réseaux de prostitution organisés.

Ici, en Europe, plus particulièrement à Neuchâtel, nous pouvons surtout parler de l'évaluation du diagnostic et du traitement des familles dans lesquelles peuvent s'exercer des maltraitances ainsi que dans le monde institutionnel au sens large du terme. En effet, avec une recrudescence des violences conjugales et plus spécialement des divorces particulièrement difficiles, nous allons observer une nouvelle forme plus difficile à identifier de violence, à savoir les maltraitances psychologiques.

En effet, nous devons délimiter notre champ d'étude à travers une définition des mauvais traitements.

Par mauvais traitements, nous entendons :

Tout d'abord les **violences physiques** et les brutalités exercées directement sur l'enfant qui vont être observables et décelables sous la forme d'hématomes, de fractures, de lésions cutanées, de brûlures voire

de lésions internes et viscérales, qui devraient être recherchées quand elles sont suspectées et surtout de pouvoir en identifier l'origine.

Les négligences et carences graves dans les soins élémentaires et quotidiens qui sont observés plus facilement chez le nourrisson dans la petite enfance et l'enfant petit. Il s'agit également de manque de protection de la part des adultes qui s'occupent des enfants. Ces « expositions » au danger sont d'ailleurs difficiles à différencier des « accidents domestiques » liés aux impondérables de la vie quotidienne, aux manques d'appréciation et de prévention que tout un chacun peut exercer.

Les pressions et contraintes morales tels que les **menaces d'abandon**, voire **de mort**, les **chantages affectifs**, les **exigences démesurées** par rapport aux possibilités de l'enfant, l'exploitation dans le travail sont difficiles à cerner. Elles peuvent même être confondues parfois avec des principes d'éducation ou de religion austères et rigides.

Nous pensons plus particulièrement aux maltraitances psychologiques qui surviennent actuellement lors de violences conjugales dans lesquelles les enfants sont pris à parti. Ils peuvent devenir victimes eux-mêmes quand ils sont triangulés dans les relations parentales ou quand ils sont amenés à vouloir protéger un des parents.

Même quand ils ne reçoivent pas de coups ou ne sont pas interpellés directement dans le conflit, le fait d'être témoin entraîne une grande insécurité, des peurs et des réactions de paniques jusqu'à de graves négligences dans leurs soins. Certains parents envahis par leur détresse sont incapables de rester protecteur auprès des enfants et les entraînent dans leur haine, leur humiliation, leur manipulation, jusqu'à souvent

la séquestration. L'enfant devient « instrumentalisé » dans le sens où il n'existe plus en tant que personne pour lui-même mais comme objet de chantage, voire de châtiment et de torture pour atteindre l'autre parent. Une réflexion est menée par plusieurs équipes professionnelles à ce sujet, à savoir l'opportunité d'une mise à distance par un placement temporaire des enfants jeunes, y compris des adolescents, quand ils sont trop négligés dans les conflits conjugaux et les expériences de divorce prolongé.

Enfin **les abus sexuels**, qu'ils soient intra familiaux ou extérieurs.

Cette différenciation reste essentiellement théorique car très souvent, ces différents types de maltraitances sont intriqués et interfèrent. Ils apportent de toute manière une atteinte à l'intégrité physique, sexuelle et affective de l'enfant et de l'adolescent avec des conséquences destructrices à court terme mais surtout à moyen et long terme. Les travaux récents sur l'attachement nous montrent que des maltraitances très précoces portent atteinte à la qualité de l'attachement et au développement de sécurité de l'enfant. De nombreux travaux ont été faits sur ce que l'on appelle « l'attachement désorganisé » qui entraîne de tels manques de structuration dans le comportement de l'enfant, une telle insécurité qui peuvent être confondues avec des tableaux psychotiques ou psychopathologiques graves. De toute manière, si des traitements intensifs, des contextes de protection ne sont pas assurés, une psychopathologie peut se développer. Les recherches sur le développement de la personnalité borderline, avec son cortège de tableaux dépressifs, psychosomatiques, de conduites suicidaires sont désormais bien connues.

Ainsi décrite, la maltraitance et les sévices apportés aux enfants et adolescents constituent donc un fait de

société qu'il convient d'aborder dans une perspective **globale, pluri-modale et multidimensionnelle** qui recouvre plusieurs **contextes** et résulte de la **convergence de nombreux facteurs liés à différents niveaux**.

Nous pouvons apporter-là un résumé des facteurs favorisant le développement de la maltraitance

Nous avons énuméré ces facteurs de risques dans l'intention d'insister sur le travail conjoint de la prévention et de la thérapie. L'évaluation des maltraitance et la mise en place d'un contexte de soins pluridisciplinaires définit une prévention secondaire ou tertiaire. En même temps, nous essayons d'envisager une prévention primaire en prenant compte des facteurs de risque. En effet, depuis plus de vingt ans à Neuchâtel, le travail de psychiatrie de liaisons développé à l'Hôpital de pédiatrie ainsi qu'avec les pédiatres de ville, la maternité et les gynécologues de villes, nous ont amené à apporter des propositions d'accompagnement et de soins dans les grossesses définies à risque autant sur le plan gynécologique, psychologique et social dans le but de favoriser un contexte de sécurité pour un attachement de bonne qualité.

Un travail de prévention est également fait avec les acteurs du monde social, à savoir les assistants sociaux et les professionnels de la psychiatrie adulte qui s'occupent des parents qui pourraient présenter des vulnérabilités dans l'exercice de leur parentalité.

Pour aborder l'explication de la violence à l'égard des enfants, le choix du modèle éco-systémique a été privilégié dans la mesure où « nous pouvons considérer la famille comme un système bio psychosocial et culturel dans lequel se développe non seulement les soins mais l'émergence des représentations de la parentalité et de l'éducation, ainsi que l'insertion dans le monde social » (J. Barudy).

Psychiatrie du nourrisson, Catherine Marneffe

Fréquence des facteurs de risque chez les parents à risque de maltraiter leur enfant	<i>pas vu</i>	<i>vu</i>	<i>Total</i>
	% n = 236	% n = 138	% n = 374
1. Futurs parents (chez au moins un parent)			
1. moins de vingt ans	17	31	22
2. antécédents d'institutionnalisation	11	59	29
3. passé pénal	10	59	28
4. histoire antérieure de « child abuse »	13	50	26
5. violence familiale	21	67	37
6. personnalité immature	44	78	56
7. « sub »-débilité	16	22	18
8. maladie psychiatrique ou antécédents d'hospitalisation psychiatrique	0,4	39	15
9. prostitution	2	21	9
10. toxicomanie	16	38	24
2. Grossesse			
11. grossesse non désirée	22	52	33
12. grossesse non désirée avec demande antérieure d'IVG	4	15	8
13. pas de consultation prénatale	8	20	12
14. consultation prénatale (plus de 28 semaines)	8	21	13
15. pas de comportement « préparatifs »	15	57	30
16. attente anormale du futur bébé	1	44	17
17. demande d'adoption	0,4	19	7
3. Environnement			
18. bas niveau socio-économique	48	76	58
19. isolement familial	25	53	36
20. isolement social	28	69	43
<i>Nombre moyen de facteurs de risque par patient</i>	3	9	5

Comme le dit également Odette Masson: « ont recours aux violences, des sujets qui ont de la peine à s'exprimer verbalement et d'autres qui ayant communiqué leur détresse, n'ont pas été entendus ni aidés ». Les réponses apportées par les soignants, autant sur plan individuel que dans l'organisation des équipes de soins et des réseaux (nous introduirons ici l'appareil judiciaire qui peut être un appareil de répression mais qui est aussi un appareil de protection) doivent être coordonnées pour atténuer, calmer les violences et tenter d'éviter de les aggraver ou de les perpétuer et de retomber ainsi dans ce cercle trop rapidement dit fataliste de la répéti-

tion des traumatismes dans l'histoire des sujets.

Identification et évaluation de la maltraitance

Nous considérons en effet la maltraitance familiale comme une traduction d'un **dysfonctionnement important de la famille mais aussi du système institutionnel et social qui l'entoure**. Les gestes de violence expriment une situation d'abus de pouvoir. Il s'agit aussi d'une souffrance de la part de l'adulte violent mais aussi des enfants victimes et parfois de l'entourage le plus proche.

Cette violence peut devenir un mode chronique de communication inter-

personnelle et groupale qui va renforcer la vulnérabilité de la famille dans une situation de précarité à la fois sociale et sociétale.

C'est dans cette perspective que nous avons toujours considéré l'évaluation de la maltraitance dans **un niveau individuel à savoir l'identification des sévices chez l'enfant mais aussi son fonctionnement et ses ressources**, en particulier ce que nous appelons sa vulnérabilité dans « l'exposition » à des risques démesurés ou comme nous le voyons dans certaines familles, à la notion d'un enfant cible qui devient le souffre-douleur d'un parent, des deux, voire de l'ensemble de la famille.

En effet, l'enfant cible ou l'enfant qui est devenu exposé est d'autant plus en danger parce qu'il représente une différence à l'intérieur de la famille comme il peut représenter la différence de la famille dans son intégration dans un groupe social. Nous pensons là plus particulièrement aux familles migrantes et étrangères qui peuvent avoir des difficultés d'intégration dans un contexte donné. L'enfant exposé peut l'être aussi dans les situations de divorce comme nous l'avons évoqué dans l'introduction.

Nous abordons dans un deuxième temps **l'évaluation du niveau familial** qui concerne les différentes interactions et sous-systèmes de la famille nucléaire mais aussi de la famille élargie. Nous pouvons reprendre le concept de vulnérabilité dans la parentalité (Françoise Molénat) qui nous amène à reconsidérer tous les facteurs de risques et les réponses à apporter pour les diminuer. A ce niveau-là de la famille, la répétition d'événements de vie traumatique, soit par l'amplitude de mesures défavorables au développement d'un individu ou d'une famille, par la répétition de chômage, de maladie, de migration, de mort, ou de la conjoncture de plusieurs facteurs de risques tels que des maladies mentales, des défi-

ciences mentales, des parents pris dans des réseaux de toxicomanie ou de dépendance alcoolique, voire de grosse pathologie psychiatrique, ainsi que la parentalité trop jeune en particulier des mères adolescentes ont toujours été identifiés dans les 6 à 8 premiers mois de vie.

Enfin, **au niveau social**, nous repensons aux multiples facteurs de stress pouvant favoriser les mauvais traitements telles que les conditions socio-économiques, même s'il est bien établi que ce problème n'est pas l'apanage des classes sociales défavorisées. En effet, on retrouve aussi dans les familles aisées et bourgeoises, l'enfant souffre-douleur.

Moyens d'évaluation et mesures

L'hospitalisation en milieu pédiatrique peut être souvent un espace privilégié pour d'une part faire une évaluation plus complète dans l'approche globale des atteintes physiques, affectives et psychologiques, avec les moyens à dispositions dans une équipe pluridisciplinaire et dans la possibilité de prendre plusieurs jours d'observation des enfants dans leur fonctionnement. Il permet aussi de mettre en place les contacts avec les autres opérateurs qui peuvent répondre à la maltraitance, à savoir l'appareil de protection sociale voire le système judiciaire ou pénal. Dans ce temps d'hospitalisation, il s'agit aussi, au-delà d'une identification fouillée, de faire un diagnostic différentiel, minutieux avec des maladies organiques mais aussi de prendre le temps d'évaluer les dysfonctionnements familiaux ou sociaux ainsi que surtout les possibilités de ressources afin de proposer des mesures coordonnées qui vont garantir avant tout la protection de l'enfant et de l'adolescent autant que la mise en place d'un traitement approprié (ex. syndrome des bébés secoués). Nous préférons identifier le plus rapidement possible les compétences actuelles de la famille dite vulnérable et les possibilités de

développement de ces ressources avec les aides contextuelles, sociales et d'accueil pour modifier les liens actuellement perturbés qui peuvent être gravement destructeurs.

En effet, une discontinuité et une incohérence des soins peuvent être tout aussi graves que l'absence de mesures.

Dans la réunion faite le plus souvent en milieu hospitalier et aussi dans nos consultations ambulatoires, nous allons aborder les points suivants :

1. Quelle est la compréhension de chacun des intervenants de la situation actuelle de l'enfant et de l'adolescent ?
2. Comment se sont passés les derniers mois précédents l'événement de la maltraitance ?
3. Quels sont les besoins des enfants et des adolescents et les possibilités des parents d'y répondre maintenant et pour le futur ?
4. Quelles sont les ressources actuelles et possibles de l'entourage : voisins, amis, famille élargie, intervenants professionnels ?

Souvent, ces évaluations se font sous la forme de plusieurs rencontres avec l'ensemble des experts **et** la famille. Quand le contexte le permet, notamment lorsque l'enfant est hospitalisé en pédiatrie, nous souhaitons que l'enfant ou l'adolescent soit présent. En situation moins favorable, les intervenants professionnels se réunissent également sans la famille. La possibilité de co-évolution est donc beaucoup moins grande et le risque d'une moins bonne évolution est donc évidente.

L'évaluation ne peut se faire sans un recours aux autorités judiciaires de protection qui, elles, jugeront utiles si elles mettent en route un processus pénal.

Nous avons souligné plus particulièrement à l'égard des enfants victimes d'abus sexuels l'importance, dans le processus d'évolution, de la

punition, de la réparation et de la thérapie.

Dans de nombreuses situations, l'ordonnance d'un mandat tutélaire ou d'une curatelle éducative est indispensable et dans certains moments, il faudra envisager un placement.

Nous envisageons effectivement de proposer les mesures suivantes, plus particulièrement avec les enfants petits :

- a) Un accueil mère-enfant, voire famille, dans une structure pédagogique appropriée, pour permettre le maintien de la cellule familiale, notamment de la dyade mère-enfant sans les laisser dans une situation d'isolement et d'égarement dangereux ;
- b) Nous proposons plus fréquemment le placement à la semaine et souvent à la journée du nourrisson ou de l'enfant petit, en mettant en place un travail pédagogique et thérapeutique ambulatoire ;
- c) Le recours à une famille d'accueil est plus délicat mais constitue une ressource importante relativement mal utilisée parce qu'il nécessite des intervenants de terrain plus nombreux ;
- d) Enfin, le placement dans une maison d'enfants ou d'adolescents avec l'instauration immédiate d'un travail de soutien avec l'ensemble de la famille. Le thérapeute est souvent un des membres de l'institution concernée.

Le travail thérapeutique avec les familles maltraitantes et les enfants victimes de maltraitances demande une formation et surtout un travail d'équipe et de supervision pour associer à la fois une fermeté et une rigueur sans indulgence, mais aussi une écoute empathique et ouverte à chacun des membres de la famille. Il s'agira en effet de passer d'un climat habituel de tension, de méfiance, d'accusation et de menaces parfois, à un travail de réapprovisionnement et de coopération. Dans certaines

situations extrêmes, la possibilité de reconstruire un lien ne peut être retenu et les enfants, notamment avec le regard actuel sur la qualité d'attachement, doivent tenter de se reconstruire dans un contexte institutionnel ou une famille d'accueil en dehors de la famille.

Deux tableaux résument l'évolution de l'enfant et de l'adolescent battu : Pour conclure, nous allons présenter une vignette rapide illustrant un travail conjoint avec l'hôpital de pédiatrie.

Jean-Luc, âgé de 3 ans et demi, est amené par sa mère et son beau-père à la polyclinique avec des brûlures du deuxième degré sur la main. La mère déclare rapidement avec confusion son débordement. Le beau-père, homme plus jeune et impulsif justifie la colère de la mère avec cet enfant, ressenti souvent comme insupportable et provocateur.

Les deux sont par ailleurs exaspérés par les pleurs répétés du frère cadet, un nourrisson de six mois, Michael. La mère a été déjà elle-même enfermée plusieurs heures dans la cave de la ferme de ses parents quand elle était une fillette énurétique.

Une réunion d'urgence, rassemblant pédiatre, assistants-sociaux, physiothérapeutes pour les séquelles de polymalformation de Jean-Luc et la famille est prévue avec les consultants de notre équipe, de même que le directeur d'une institution préconisée pour Jean-Luc.

Plusieurs facteurs de stress sont identifiés : la situation économique précaire et les dettes des parents, le surmenage de la mère après cette deuxième naissance, le mariage précipité et sanctionné par un refus apparent de Jean-Luc de ce jeune beau-père. Surtout les stress plus anciens de la naissance, avec les malformations de Jean-Luc, suivi de l'abandon du père réémergent et sont activés vraisemblablement par la mère. L'entrée redoutée de Jean-Luc à l'école enfantine est aussi un facteur important. Il s'agit en effet de

la naissance d'un enfant polymalformé qui a nécessité plusieurs hospitalisations prolongées, puis répétées dans les deux premières années pour des opérations correctrices aux résultats plus satisfaisants maintenant. Jean-Luc a été placé aussi dans des crèches après l'échec de la vie commune au retour des hospitalisations précoces.

La famille bouleversée, mais aussi méfiante et très chaotique (instable, changeante, hésitante) avec de nombreux changements de décisions, de rétraction, demande et accepte une prise en charge ambulatoire qui se révèle très difficile. Jean-Luc sera placé dans un deuxième temps, trois mois après la crise, dans la maison d'enfants prévue. Cette période nous a permis de préparer chacun à la séparation et au maintien de la responsabilisation des parents. Notamment l'acceptation rapide du beau-père par Jean-Luc au cours de l'intervention a été un point fondamental. Au terme de ces deux ans et demi de soutien familial, à travers l'institution et à domicile après la naissance d'un troisième enfant, le résultat est modeste mais positif. Jean-Luc n'est plus considéré comme un enfant handicapé, à la foi protégé et rejeté en tant que tel. Aucune autonomie ne lui était permise. Il a appris à faire du vélo, du patin à roulettes où il se montre très habile. Il est devenu chaleureux et câlin, après de nombreux mois d'approvisionnement avec sa mère. Il s'est intéressé à ses frères cadets. Ces changements furent ralentis par des régressions et des crises le week-end, au moment des séparations surtout. La grand-mère maternelle et la marraine de l'enfant ont développé, grâce aux parents, des liens positifs avec Jean-Luc, sans entraîner plus de risques de jalousie et de rivalité. Les retours à la maison sont devenus maintenant plus fréquents et sans incident. Le retard scolaire manifeste de Jean-Luc, qui s'est montré peu intéressé, mal concentré, voire réticent aux

apprentissages, nous a conduit à proposer un encadrement scolaire spécialisé pour le début de sa scolarité primaire. Dans un entretien individuel avec Jean-Luc, avant la fin de la prise en charge familiale, celui-ci a confirmé une souffrance maintenant plus intériorisée et personnelle de ne pas être « un petit garçon comme les autres ». Cela le rend triste. Les parents, jusqu'alors opposés à toute reprise de rééducation d'abord ergothérapeutique et à une psychothérapie individuelle, conviennent maintenant qu'un soutien pourrait lui être accordé à la rentrée. Ceci nous paraît utile pour permettre à Jean-Luc d'utiliser davantage ses ressources individuelles nécessaires pour les apprentissages actuels. La tristesse qui a succédé à son hyperactivité et à sa dispersion surcharge ses capacités à mobiliser son énergie pour remplir ses finalités personnelles dans son développement psychoaffectif et intellectuel, sachant que l'attention portée à sa place et à ses relations dans la famille, dans la vie sociale est encore à maintenir.

Enfin, nous devons souligner qu'une évaluation rapide et précise de la maltraitance implique un traitement souvent complexe et au long cours si l'on veut réaliser un réel processus de changement. En effet, les dommages psychosociaux observés chez l'enfant et chez l'adolescent ne sont pas simplement des conséquences **d'un état de stress post-traumatique** bien connu actuellement et décrit dans le DSM-IV notamment, mais peut entraîner un **trouble de l'identité** qui se répercute dans les comportements immédiats de l'enfant et son développement mais aussi à très long terme chez l'adulte qui porte **ces blessures infantiles sans résolution**. C'est dans ces conditions précises que les mécanismes de répétition se reproduisent. Lors de ces phénomènes de maltraitance, effectivement, nous devons ne pas oublier le concept de résilience tout aussi développé

actuellement pour rappeler que les interventions pédagogiques, psychosociales et thérapeutiques apportées à ce phénomène de la maltraitance peuvent favoriser le développement de ce que Boris Cyrulnik appelle « les tuteurs de résilience ». Ceux-ci permettent à beaucoup d'individu dans la société de surseoir à leur propre traumatisme en ayant rencontré soit dans le domaine des professionnels soit surtout très fréquemment de manière spontanée, des adultes cohérents, protecteurs et fiables qui vont contribuer à retrouver une confiance en soi et une image de soi positive, deux ingrédients « de base » nécessaires pour le développement de l'attachement et la construction d'une identité.

Bibliographie

Barudy J. *La douleur invisible de l'enfant. Approche éco-systémique de la maltraitance*, Ed. Erès, Paris, 1997.

Cirillo S. et Di Blasio P. *La famille maltraitante*, Ed. ESF, Paris, 1992.

Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*, Ed. Odile Jacob, Paris, 1999.

Goubier-Boula M.-O. *La maltraitance de l'enfant. Évaluation et mesures*. Cahier du Cerfasy, 1992.

Goubier-Boula M.-O. *Les souffrances qui restent invisible*, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1996, tome 44 (3-4) pages 140 à 148.

Masson O. *Heurts et malheurs des interventions médico-sociale*, Thérapie familiale, Genève, 1996, vol. 1, pages 31 à 45.

Miller A. *C'est pour ton bien* traduction française, Ed. Aubier, Paris, 1984.

Strauss P. Manciaux M. *L'enfant maltraité*, Ed. Florus, Paris, 1982.

Doctoresse

Marie-Odile Goubier-Boula

Formatrice en thérapie systémique individuelle et familiale

Médecin-directrice du Service

médico-psychologique de Neuchâtel
Place des Halles 8, 2000 Neuchâtel

La relation d'aide sous contrainte administrative ou judiciaire et la compétence des familles

Guy Hardy

*Coordinateur d'un centre d'intervention auprès de familles en difficulté.
Formateur en approche systémique et en Programmation Neuro-Linguistique*

Durant cette journée d'étude, Guy Hardy nous sensibilisera à une approche des personnes et des familles souvent disqualifiées de fait par l'intervention de l'autorité. Il éclairera comment, dans ces contextes, il est possible et fondamental de s'appuyer sur les compétences des personnes afin qu'elles deviennent de réels partenaires.

Ensuite, il circonscrit la situation paradoxale qu'induit une injonction d'aide. Percevoir le jeu relationnel entre autorité, personnes en difficulté et intervenants permet de découvrir comment la relation d'aide est piégée. Ce « décryptage » de la relation d'aide contrainte aboutira à la présentation d'une stratégie d'intervention « surfant » sur le paradoxe.

Enfin, il envisagera concrètement comment le changement peut prendre corps dans la pratique quotidienne des intervenants. Il s'agira d'éclairer en quoi expérimenter le changement dans l'ici et maintenant de la relation ouvre de nouveaux possibles.

Dates 11 et 12 novembre 2005 (vendredi 8 h 45 - 17 h, samedi 8 h 45 - 12 h 15).

Lieu CERFASY, 19, rue des Beaux-Arts, 2000 Neuchâtel.