

Introduction

Normalement, c'est l'adulte qui amène l'enfant au médecin en cas de maladie et demande un diagnostic et un traitement. En cas de maltraitance, la relation est inversée ; c'est au médecin de reconnaître que l'enfant est victime de faits répréhensibles, qu'il a besoin d'aide. Celle-ci nécessite l'intervention de nombreuses personnes de rôles, de professions et d'expérience différents. En posant le diagnostic de maltraitance, le médecin va déclencher une succession de mesures qu'il ne peut pas contrôler, pire qui peuvent être contraires à ses souhaits et lui être reprochées plus tard. Le serment d'Hippocrate lui enjoint de ne surtout pas nuire ; la convention internationale des droits de l'enfant de viser l'intérêt supérieur de l'enfant ; la loi de faire assistance à personne en danger. La pratique montre que la réalité ne va pas toujours respecter ces buts, que cette ingérence dans un système familial va se heurter à de multiples résistances et que le résultat à long terme ne répond pas toujours aux attentes.

Partant de quelques explications concernant l'historique, cette contribution évoque différentes formes de maltraitance en relation avec des concepts de base. Elle développe des défis spécifiques au domaine pour souligner à la fin l'importance de la prévention.

Historique

L'idée que des parents puissent nuire à la santé tant physique que mentale de leurs enfants est récente. Tardieu l'a évoquée à la fin du 19^e siècle (cf. Tardieu 1860), mais le véritable début d'une prise en compte a été l'article du Dr. Kempe, dans le JAMA (Journal of the American Medical Association) en 1962 (cf. Kempe et al. 1962). La création de la société internationale de prévention des abus physiques et de la négligence (ISPCAN) date de 1976. La fréquence des abus sexuels n'a été reconnue en Europe qu'à partir de 1983. Ces dernières années, on essaie de plus en plus de mettre l'accent sur des mesures préventives (cf. Ziegenhain 2007) et de mieux définir la bientraitance (cf. Barudy 2006). Il n'existe pas de définition simple de ce concept, tout comme celui de la maltraitance¹.

Au Grand-Duché de Luxembourg, les premiers diagnostics de maltraitance ont été faits à la clinique pédiatrique du CHL-Centre Hospitalier du Luxembourg dans les années 1970. L'ALUPSE² a vu le jour en 1984, et le planning familial a commencé au même moment à détecter les cas d'abus sexuels.

Formes de maltraitance et concepts fondateurs

Selon les formes de maltraitance, la présentation de l'enfant au soignant varie : l'enfant battu est amené aux urgences avec une histoire inventée, le bébé négligé a souvent une mère qui croit bien faire et ne comprend pas le discours médical. En cas d'abus sexuel, l'abuseur fait tout pour cacher sa victime. Les parents malades mentaux et les toxicomanes entraînent les enfants dans leur vie en marge de la société.

La prise en charge de ces enfants et de leur familles nécessite à la fois des professionnels bien formés, avec des rôles bien définis par des textes de loi et par une organisation mise en place par l'État. Beaucoup de pays ont opté pour une double intervention socio-thérapeutique et juridique. Le Luxembourg n'a pas fixé les procédures de prise en charge par un texte de loi. L'ALUPSE offre une prise en charge diagnostique et thérapeutique conforme au modèle précité.

Le tableau ci-dessous montre les motifs de consultation au service ALUPSE-dialogue de 2002 à 2007 (nombre de cas) :

¹ Pour ceux qui veulent réfléchir aux différentes facettes de cette question cf. Pourtois et al. (2000) et Manciaux et al. (1997). La loi de la protection de la jeunesse du Luxembourg ne parle pas de maltraitance mais d'enfant en danger soit par ce qu'il fait ou ce qu'il subit.

² Association Luxembourgeoise de Prévention des Sévices à Enfants. Les statuts ont été publiés au Mémorial le 13.4.1984.

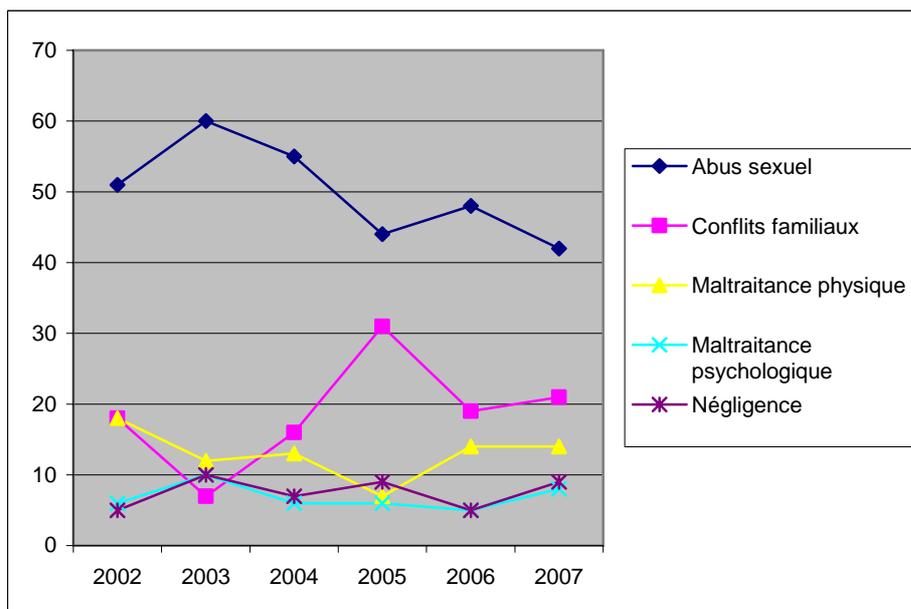


Tableau 1 : Motifs de consultation au service ALUPSE-dialogue de 2002 à 2007 (nombre de cas)

Suivre l'évolution d'un enfant maltraité, tant au plan santé physique que développemental montre combien le petit humain est tributaire de l'interaction avec un adulte aimant et valorisant pour atteindre progressivement un équilibre psychoaffectif. La qualité du lien crée le terreau qui permettra ensuite une pédagogie réussie (cf. Guédénéy 2005). Si p.ex. l'enfant arrive en classe avec un profond sentiment de ne rien valoir, d'être rejeté, de manque de confiance, de frustrations, il risque de ne jamais accrocher au système scolaire.

Le bébé est un être programmé pour les relations sociales, et il entrera en relation quelle que soit la qualité de l'adulte. S'il peut construire une relation qui lui procure une sécurité il pourra développer une autonomie, explorer le monde. Dans le cas contraire, il va développer des stratégies évitantes ou ambivalentes/résistantes qui entraveront ses capacités d'exploration (cf. Guédénéy 2005). Au-delà de l'intégrité physique, la prise en charge de l'enfant maltraité vise à promouvoir ses capacités de résilience, à aider par l'intervention de tiers l'enfant à résister et à se développer avec un minimum de handicaps.

Au plan médical, si on repense à l'accès au soin on peut comparer l'enfant maltraité à un enfant atteint d'une maladie chronique avec une mortalité d'environ 10% et une très forte morbidité, aussi bien immédiate qu'à long terme.

Le cadre nécessaire à une prise en charge efficace de la maltraitance d'enfants et à la promotion de la bientraitance exige une mentalité, un état d'esprit (cf. Debré cité par Masse 1972), animant tout un ensemble de professionnels travaillant en réseau et régis par la Convention internationale des droits de l'enfant. La loi luxembourgeoise de protection de la jeunesse de 1992 précise que le médecin qui pose un diagnostic d'enfant en danger peut endéans 48 heures signaler la situation à la justice.

Accès aux soins de l'enfant maltraité – un cas clinique

L'accès aux soins de l'enfant maltraité exige une organisation et une mise en place de procédures qui engagent tout un chacun. Pour illustrer la prise en charge, prenons un exemple fictif simple :

Un nourrisson de six mois est amené aux urgences d'une clinique à 23 heures un vendredi pour pleurs incessants. Rien ne semble expliquer ce comportement subit : le bébé est en bon état général, n'a pas de fièvre, pas de blessures apparentes, le contact avec sa mère est bon. Cependant ce bébé est inconsolable et semble souffrir davantage quand on veut le bercer. Le médecin suspecte une fracture et demande des radiographies des membres et du crâne. En effet, les images montrent une fracture récente du fémur gauche, mais aussi des fractures anciennes du tibia et du péroné droits ainsi qu'une

image suspecte de fracture de la voûte crânienne. Les radios racontent une histoire que ni l'enfant ni son entourage ne nous racontent (cf. Silvermann 1953).

Pour le médecin une explication s'impose : ce bébé a été maltraité, il doit être protégé. Il ne sait pas qui est l'auteur de ces faits et ne peut que se baser sur ce que la mère lui dit. Il hospitalise le bébé pour traitement orthopédique et pour bilan médical complémentaire (analyses sanguines à la recherche de causes rares de fragilité osseuse, imagerie cérébrale, évaluation psychoaffective) et il avertit les autorités judiciaires. À l'hôpital, le bébé va être soigné par les infirmières, va voir le pédiatre, le radiologue, le chirurgien, le neuro-radiologue, la psychologue. Parallèlement à l'extérieur, une procédure d'investigation devrait débiter immédiatement, même un week-end : enquête à domicile, chez la nourrice et chez toute personne qui a eu un contact avec cet enfant. De plus un expert doit être nommé pour pouvoir donner son avis au plus vite quant à la justesse du diagnostic. Tant que cette démarche est en cours la réponse à savoir qui a maltraité reste ouverte. Le nourrisson est soigné et ses parents sont entendus par toute l'équipe soignante. Certes ils sont suspectés, mais ils clament leur innocence et nous devons leur parler et essayer de comprendre et de prévoir un avenir de bienveillance. L'enquête peut amener des surprises : responsabilité d'une nourrice, de la fille au pair, d'un beau-père, etc. ; ou celle de la mère qui clame son innocence ; ou le doute reste entier.

Il va donc y avoir un temps d'attente pour toutes les personnes impliquées. Attente d'une synthèse des données et de la décision du juge. Ce temps doit être employé pour préparer les actions à venir, pour aider le nourrisson et ses parents à s'engager dans des actions de réparation. Une nouvelle dynamique peut débiter, mais si l'attente est trop longue le risque est grand que tout le monde s'énerve, perde confiance, que surviennent de nouveaux conflits, que le nourrisson soit sous-stimulé et régresse au plan psychomoteur.

Il serait souhaitable que cette attente permette des discussions communes entre professionnels, un échange de réflexions et d'informations et que s'installe pour tous une perspective d'action claire. Ces concertations ont également pour but d'éviter des fautes de procédure et de s'assurer que tous se comprennent. C'est également de ces confrontations que peut naître le progrès, l'amélioration de nos prises en charge.

Défis

L'expérience montre que cette démarche dure d'un mois à deux ans. Les raisons sont multiples : Manque de personnel, de formation, de confiance mutuelle, barrières professionnelles et de mentalités, problèmes de communication, etc..

Nous sommes donc tous obligés à améliorer notre façon de travailler et je vais en esquisser quelques pistes.

Au plan individuel

Il y a surtout un besoin de formation. Le risque : une multiplicité de conférences, des modèles d'action proposés peuvent entraîner une confusion des esprits, des doutes qui nuisent à l'action. Toute formation devrait coller aux besoins de connaissances et de compréhension et être relayée par des séances de supervision et par des échanges entre professionnels.

Au plan de la structure professionnelle

Chaque corps de métier devrait analyser ses forces et ses faiblesses et s'engager vers un mode de travail mieux adapté aux exigences. L'analyse des besoins montre souvent qu'il faut innover, créer de nouveaux services. C'est ainsi que le grand nombre d'enfants maltraités vus à la clinique pédiatrique a conduit à la création de l'ALUPSE, d'abord simple forum pour les différentes professions concernées, puis service spécialisé en 1994, et finalement – après avoir constatés des besoins à la maternité – lancement du projet de recherche-action ALUPSE-bébé en 2007. D'autres besoins ont été identifiés par le planning familial, à savoir mieux reconnaître les cas d'abus sexuel et essayer de traiter les

abuseurs, ou par Jugend an Drogenhelfer, à savoir la prise en charge spécialisée des jeunes parents toxicomanes. Toutes ces nouvelles structures demandent des formations complémentaires, des rencontres interprofessionnelles pour mieux se connaître, s'apprécier, coopérer dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Au plan national

L'État devrait comprendre les besoins mentionnés, les soutenir et les organiser. Il faudrait en particulier au Luxembourg lutter contre l'éparpillement des initiatives en de multiples petits services concurrents, inefficaces et redondants.

Prévention

40 ans d'expérience internationale de la maltraitance d'enfants montrent que chaque cas a sa singularité, mais aussi que les parcours des adultes maltraitants et de leurs victimes se ressemblent souvent. Des adultes et surtout des mères qui ont connu une enfance malheureuse ont le plus grand mal à devenir à leur tour des parents adéquats. En caricaturant, J. Rihoux a dit lors d'un congrès récent (Communication Réunion Proximam, novembre 2007) qu'il y a ceux qui veulent éviter que leur enfant subisse le même sort mais seront des parents maladroits et il y a ceux qui estiment qu'ils s'en sont bien sortis eux, et que donc maltraiter n'est pas si grave.

Les équipes de prise en charge s'accordent à dire qu'une prévention de bien des malheurs est possible à condition de débiter au plus tôt de la vie, au mieux pendant la grossesse. Les travaux d'Olds et al. (1986) montrent que, faites de façon intensive et prolongée, ces interventions sont efficaces et montrent des effets positifs à long terme (recul actuel quinze ans). La prévention de la maltraitance vise un groupe de jeunes femmes particulièrement fragiles au plan relationnel soit en raison d'un vécu malheureux, soit pour des conditions de vie défavorables ou une maladie mentale. Il est facile de reconnaître ces futures mères (cf. Ostler/Ziegenhain 2007), il suffit d'être prêt à ouvrir les yeux, à accepter que l'humain n'est pas que du somatique mais aussi du relationnel et que la bonne santé de la mère et de l'enfant ne se mesure pas uniquement par des paramètres chiffrés. La théorie de l'attachement (cf. Bowlby 1951), considérée maintenant comme une des découvertes fondamentales du 20^e siècle (cf. Guédénéy 2005), montre à quel point la relation mère-enfant est déterminante pour la construction de la personnalité future. La prévention passe par un contact précoce de la mère et d'un professionnel, par la construction d'une confiance mutuelle et une disponibilité qui doit durer au moins trois ans. ALUPSE-bébé essaie de travailler dans cet esprit. Ainsi, des prises en charge intensives mises en route peuvent être arrêtées brutalement par décision de justice ou sabotées par d'autres intervenants. Cette incohérence n'existe pas qu'au Luxembourg et a été récemment dénoncée par Maurice Berger (2004). Cet auteur insiste sur l'importance d'utiliser un outil de travail commun et propose les jalons d'évaluation de l'hôpital Bellevue pour évaluer les situations de défaillance parentales (cf. Berger 2002). Le SCAS³ a commencé à utiliser la méthode de P. Steinhauer dont Berger (ibid.) s'est inspiré.

L'accès aux soins de l'enfant maltraité est donc un processus aux multiples facettes. L'enjeu est de taille : l'avenir de nos enfants. Une façon de relativiser le problème est d'affirmer qu'à l'heure actuelle ils n'existent pas de statistiques valables et qu'il n'y a pas lieu de parler d'une évolution du phénomène. Cependant, chaque enfant a besoin d'être secouru. Les chiffres dont Alupse-Dialogue disposent sont suffisamment graves – en moyenne 100 enfants suivis chaque année à ALUPSE-dialogue, une nouvelle situation à risque de maltraitance reconnue par semaine au CHL, soit environ 3% des grossesses – pour placer cette « pathologie » parmi les plus fréquentes de l'enfant. Par comparaison : douze nouveaux cas de cancer par an, 25 diabètes, etc.. Cet article n'a pas la prétention de présenter une étude exhaustive de la situation, mais d'illustrer l'urgence d'une prise de conscience et d'une action concertée reposant sur un nombre suffisant d'intervenants. Tous doivent avoir une place bien définie, un rôle accepté par les autres et travailler dans un réseau qui privilégie la

³ Le Service Central d'Assistance Sociale (cf. la contribution de Hansen/Koedinger dans le présent ouvrage).

transparence, la communication et l'intérêt supérieur de l'enfant sans discréditer les adultes. Ce réseau doit également organiser l'évaluation de son travail, tant au plan qualitatif que quantitatif. Ce travail décrit suscite de plus en plus de résistances, et l'engagement pour la cause des enfants devient plus difficile et sans un engagement clair de l'État on risque d'aller vers un désengagement des professionnels.

Conclusions

Ainsi l'accès aux soins pour ces enfants maltraités bénéficie au Luxembourg de multiples services performants, mais mal organisés (pas d'organigramme de fonctionnement), de certaines lacunes, mais dans l'ensemble de nombreux professionnels désireux de se former davantage et de prester un bon travail. Leur juste utilisation reste un parcours du combattant. Le progrès ne passe pas par le vote de nouvelles lois, mais par l'amélioration de ce qui existe et par un travail de professionnels confiants entre eux et respectés dans leur travail (Fonds Houtman 1999).

Bibliographie

- Barudy, J. (2006) : La route vers la bientraitance. Conférence Liège 15.9.2006.
- Berger, M. (2002) : Les jalons de l'évaluation de l'hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale. In : Gabel, M./Durning, P. (Ed.), Evaluation des maltraitances : rigueur et prudence. Paris.
- Berger, M. (2004) : L'échec de la protection de l'enfance. Paris.
- Bowlby, J. (1951) : Maternal care and mental health. Genève.
- Fonds Houtman (Eds.) (1999) : Plaidoyer pour les enfants. Bruxelles.
- Guédeney, N. (2005) : Maintien ou rupture des liens d'attachement : le prix à payer. In : Gabel, M./Lamour, M./Manciaux, M. (Ed.), La protection de l'enfance. Maintien, rupture et soin des liens. Paris : 27-46.
- Kempe, C.H./Silverman, F.N./Steele, B.F./Droegemuller, W./Silver, H.K. (1962): The Battered-Child Syndrome. In: JAMA, 181 : 17-24.
- Manciaux, M./Gabel, M./Girodet, D./Mignot, C./Rouyer, M. (1997) : Enfances en danger. Paris : 145-174.
- Masse, N.P. (1972) : Introduction à la pédiatrie sociale. In : Mande, R./Masse, N./Manciaux, M./Debré, R. (Ed.), Pédiatrie sociale. Paris.
- Olds, D./Henderson, C.R./Chamberlin, R./Tatellbaum, R. (1986) : A randomized trial of nurse home visitors. In : Pediatrics, 78 : 65-78.
- Ostler, T./Ziegenhain, U. (2007): Risikoeinschätzung bei (drohender) Kindeswohlgefährdung : Überlegungen zu Diagnostik und Entwicklungsprognose im Frühbereich. In : Ziegenhain, U./Fegert, J. (Ed.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München: 67-83.
- Pourtois, J.P./Desmet, H./Nimal, P. (2000) : Vers une définition des conditions de bientraitance. In : Gabel, M./Jésu, F./Manciaux, M. (Ed.), Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels. Paris : 67-91.
- Silvermann, F.N. (1953) : The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants. In : American Journal Roentgenology, 69 : 413-26.
- Tardieu, A. (1860) : Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. In : Annales d'hygiène publique et Médecine Légale, 13 : 361-398.
- Ziegenhain, U. (2007): Stärkung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Chance für präventive Hilfen im Kinderschutz. In: Ziegenhain, U./Fegert, J. (Ed.), Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. München : 119-127.