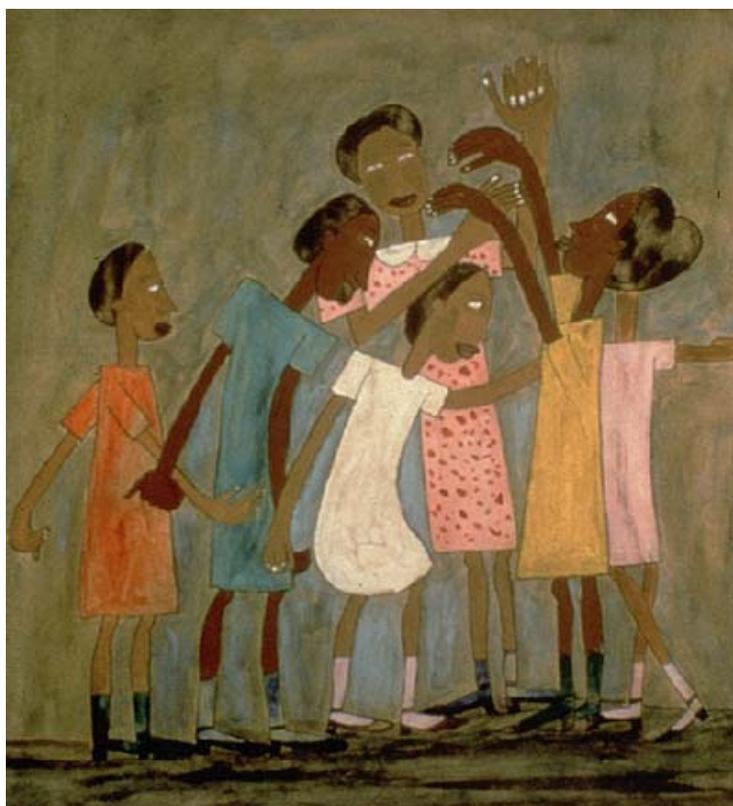


MALTRAITANCE ET EXPOSITION PRÉCOCE À LA VIOLENCE

**Susan MK Tan, Norazlin Kamal Nor, Loh Sit Fong,
Suzaily Wahab, Sheila Marimuthu & Chan Lai Fong**

Edition en français
Traduction : Apolline Morville
Sous la direction de : Priscille Gérardin
Avec le soutien de la SFPEADA



Children
Playing
London
Bridge,
par William H.
Johnson

Susan MK Tan MD (UKM),
DCH (London), MMed
Psych (UKM), Adv.M.Ch.
Ado.Psych (UKM), AM

Child & Adolescent
Psychiatrist, Department
of Psychiatry, Universiti
Kebangsaan Malaysia
Medical Center, Kuala
Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none
declared

Norazlin Kamal
Nor MRCPCH(Lon),
MBBS(Lon), BSc(Lon)

Paediatrician, Department
of Paediatrics, Universiti
Kebangsaan Malaysia
Medical Center, Kuala
Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none
declared

Loh Sit Fong B
Econ(Kobe), M Clin Psych
(UKM)

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée : an Susan MK, Kamal Nor N, Loh SE, Wahab S, Marimuthu S, Chan LF. Early maltreatment and exposure to violence. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Les enfants ont besoin d'un environnement sécurisant qu'ils peuvent appeler leur « chez moi ». Bien plus qu'un abri, ce « chez moi » doit être un lieu qui leur apporte à la fois un sentiment de sécurité physique et affective, mais aussi un espace de réconfort et de protection. Le développement optimal de l'enfant dépend d'interactions entre des facteurs d'environnement positifs et des facteurs intrinsèques génétiques. (Shankoff et al., 2000). Des expériences douloureuses ou difficiles à un âge précoce ont prouvé avoir des conséquences au long cours sur le développement de l'enfant, y compris le remaniement de leur structure cérébrale (National Scientific Council on the developing child, 2004). Outre les atteintes organiques telles que les maladies ou les infections, des facteurs de stress psychologiques ou émotionnels peuvent également altérer le développement de l'enfant, en particulier en l'absence d'une figure d'attachement adulte pouvant soutenir l'enfant dans ces situations. Quand l'environnement immédiat de l'enfant devient une zone de conflit empreinte de violence physique ou morale, la souffrance de l'enfant n'est pas seulement circonscrite à l'instant « t » de la violence : elle peut avoir des répercussions sur le reste de sa vie. Différentes recherches ont démontré que l'exposition à de la violence domestique impactait sur le développement d'un individu dans le temps, de façon durable (US département of health and human services, 2003). Dans ce chapitre, le terme « enfant » désigne les être humains âgés de moins de 18 ans. Le terme « il » désigne à la fois le genre féminin et masculin de l'enfant, et nous emploierons le terme de « parent » pour décrire toute figure parentale ou faisant fonction d'autorité parentale auprès de l'enfant.

NOTE HISTORIQUE

C'est au Dr Henry Kempe que l'on doit la terminologie et les concepts faisant référence sur le plan international, en matière de maltraitance. « Le syndrome du bébé secoué » a été identifié en 1972 par le pédiatre et radiologue américain John Caffey (American academy of pediatrics, 2001). Cependant, il faudra attendre les années 1980 avant de prendre en compte les situations d'agressions sexuelle et les années 1990 pour considérer la violence psychologique.

MALTRAITANCE A L'ENFANT

La définition de la maltraitance à enfant varie selon les continents et les cultures mais reconnaît communément certains critères tels que :

- *les mauvais traitements*
- *le potentiel de causer un préjudice à l'enfant, y compris les menaces de lui faire mal et la négligence (défaut de pouvoir lui fournir les éléments*

Psychologist , Department of Psychiatry, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none declared

Suzaily Wahab MD(UKM), MMed Psych (UKM)

Psychiatrist, Department of Psychiatry, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none declared

Sheila Marimuthu MBBS(Cal), MMed Paeds(Malaya)

Paediatrician, Department of Paediatrics, Hospital Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none declared

Chan Lai Fong MD(UKM), MMed Psych (UKM)

Psychiatrist, Department of Psychiatry, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Center, Kuala Lumpur, Malaysia

Conflict of interest: none declared

Acknowledgements: Our thanks to Ms Madeleine Yong and Ms Lois Engelbrech, Founding Directors of Protect and Save the Children (PS the Children) Malaysia for their contribution. Also to Dr Irene Cheah for reviewing the draft, Ms Siti Haidah Mohd Ijam and Ms Siti Suraya Mansor for their secretarial help

En 1873, les animaux avaient des droits mais pas les enfants

En 1873, Mme Wheeler, paroissienne, avait été sollicitée pour rendre visite à une famille. Elle y découvrit une petite fille âgée de 9 ans, Mary-Ellen, enchaînée à son lit, dénutrie, balafrée et marquée de coups.

Consternée par sa découverte, Mme Wheeler décida de rapporter cette affreuse situation de maltraitance aux autorités, lesquelles ont fini par l'éconduire.

Face à ce refus d'intervention et indignée de voir que les animaux du continent, et non les enfants, bénéficiaient de protection, Mme Wheeler interpella la société américaine pour la prévention de la cruauté envers les animaux (ASPCA), leur rappelant que l'enfant appartenait au règne animal.

Sensible à cette démarche, l'ASPCA décida d'intervenir en plaçant Mary-Ellen en famille d'accueil, où elle put se réfugier en toute sécurité et s'épanouir. Plus tard, Mary-Ellen se maria, eut deux filles, et vécut jusqu'à l'âge de 92 ans.

Table B.1.1 Les différentes formes de maltraitance à enfant (OMS)*

Les sévices physiques	Blessures ou dommages corporels
Les sévices par négligence ou carence en soins	privation ou défaut de soins, qui renvoient au fait qu'un parent ne veille pas à fournir un environnement approprié au développement affectif de l'enfant dans tous les domaines tels que l'éducation, la nutrition, les conditions de vie
Les sévices psychologiques	Le fait de ne pas veiller à offrir un environnement convenable et approprié au développement émotionnel de l'enfant, ce qui conduit à blesser l'enfant dans son estime personnelle
Les sévices sexuels	Actes que commet un tuteur sur la personne d'un enfant pour en retirer un plaisir sexuel
L'exploitation	L'utilisation des enfants pour le travail ou d'autres activités au service des autres, dans un but lucratif

*World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006).

essentiels à son développement de base).

- La maltraitance implique habituellement les parents ou une autre personne investie dans un rapport de responsabilité, de pouvoir ou de confiance auprès de l'enfant (incluant les guides religieux, les enseignants...)
- *Une exposition à la violence ou être témoin de violence*, en particulier au sein du couple parental.

La diversité des définitions juridiques, des pratiques et des lois représente une multitude de modèles à choisir pour définir un cadre juridique approprié à son propre pays. Les organisations internationales, qui regroupent la plupart des pays et des cultures, adoptent généralement des définitions et recommandations les plus appropriées pour guider les pratiques de chaque pays. L' [Organisation Mondiale de la Santé](#) (OMS) distingue ainsi plusieurs formes de maltraitance, parmi lesquelles : les violences physiques, les sévices sexuels, les violences psychologiques, les négligences et carences, ainsi que l'exploitation.

Les références culturelles d'un pays, les normes sanitaires et l'indice de pauvreté sont inhérents à la reconnaissance et au dépistage de la maltraitance. En effet, les « limites raisonnables » retenues pour définir des sanctions disciplinaires peuvent évoluer dans le temps et selon les sociétés. Prenons l'exemple du châtiment corporel tel que la fessée, qui a longtemps été considérée comme une pratique éducative appropriée dans le passé, et qui aujourd'hui est largement reprouvée (Creighton, 2004). Bien que les approches disciplinaires non violentes devraient faire référence en matière d'éducation (Runyan et al, 2010), le recours à des pratiques violentes persiste partout dans le monde (UNICEF, 2010). Les personnes en charge des premiers soins auprès de l'enfant qui ont un niveau d'instruction supérieur auront moins recours à des actes de violence disciplinaires. Les recherches suédoises ont montré que l'interdiction, par la loi, de recourir à des chatiments corporels pouvait réduire le recours à de violence disciplinaire, à la condition de

Le « père » fondateur du concept de maltraitance

L'avènement et les progrès de la radiologie ont permis l'avancée considérable en matière de dépistage de maltraitance.

Le Dr Henry Kempe, pédiatre et radiologue américain, a retrouvé que de nombreux enfants qui lui étaient adressés présentaient des blessures non compatibles avec l'hypothèse pourtant imputée de l'accident.

Les clichés de radiographie ont permis d'authentifier des anomalies squelettiques et des fractures directement causées par des actes de violence physique ou des négligences.

En définissant « le syndrome de l'enfant battu », la radiologie a permis la reconnaissance officielle par la communauté médicale de la maltraitance à enfant et d'en faire l'objet d'une préoccupation dès les années 1960



In 1873 les animaux avaient des droits mais pas les enfants. In 1989, les enfants aussi avaient des droits!

diffuser simultanément et publiquement des méthodes alternatives de guidance parentale non violentes (Zeigert, 1983).

Se pose alors la question de savoir comment reconnaître une situation de maltraitance chez un enfant ? Nous devons être interpellés dès que les principes universels des droits de l'enfant sont violés ou que l'enfant est à risque, présentement ou dans le futur, de subir des conséquences néfastes liés à ces faits. Cependant, ce n'est qu'à partir de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et la convention Internationale des droits de l'enfant (UNICEF, 1989) que les dispositifs légaux, en matière de protection de l'enfance, ont vu le jour (voir Chapitre J.7). En 1873, les animaux avaient des droits mais les enfants, eux, n'en avaient pas. Mary-Allen, l'enfant de 9 ans que nous avons cité dans l'encadré, n'aura pas souffert « en vain ». En tant que première victime de maltraitance reconnue sur le continent nord américain, son cas a conduit, dès 1874, à la fondation de la Société de prévention contre la cruauté envers les enfants (Finkelhor, 1984).

EPIDEMIOLOGIE

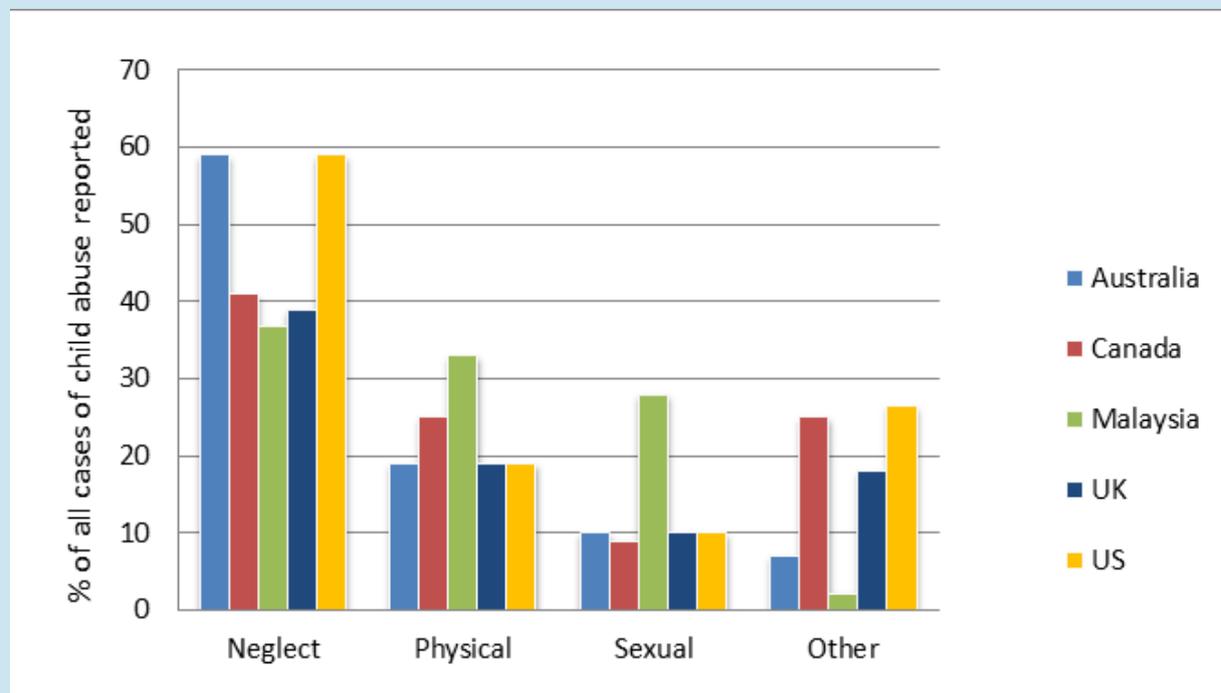
D'une façon générale, on ne dispose pas de données fiables permettant d'estimer la prévalence des situations de maltraitance infantiles, en particulier dans les pays à faibles revenus ou à revenus moyens. La plupart des études d'incidence et de prévalence ont été conduites dans les pays occidentaux (figure B 1.1) Les estimations varient considérablement selon les pays et la méthode utilisée, d'où la nécessité d'interpréter ces données avec prudence. Toutefois, la sensibilisation des

Les droits des enfants (voir aussi Chapitre J.7)

La convention des droits de l'enfant stipule que tous les enfants, ou qu'ils demeurent, ont des droits équivalents au commun des être vivants ; a savoir :

- Le droit à la survie,
- Le droit de bien grandir
- Le droit d'être protégé d'influences nuisibles, de situations d'abus et d'exploitation
- Le droit de pouvoir participer pleinement à la vie de famille, la vie sociale et culturelle.

Figure B.1.1 Taux* de maltraitance de l'enfant dans plusieurs pays selon le type.



*Les estimations varient largement selon le pays et de la méthode employée; les comparaisons entre pays doivent être interprétées avec prudence. Sources: Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2004); Canada (Trocmé & Wolfe, 2001) in Creighton, 2004; UK: Department of Education and Skills (DES 2004); US: Department of Health and Human Services (US DHHS, 2003).

Table B.1.2 Features of risk factors of abuse*

	Facteurs de risque	Contexte à risque	Présentation habituelle
Enfant	<ul style="list-style-type: none"> • âge jeune • vulnérabilité particulière liée à l'atteinte de l'intégrité physique ou psychique (retard mental, paralysie..) • troubles du comportement • maladie chronique • le sexe : les filles sont plus à risque de subir des situations d'agression sexuelle, tandis que les garçons sont plus à risque de subir des situations de violence physique 	<ul style="list-style-type: none"> • état de dépendance ou de vulnérabilité • mauvaise qualité des interactions précoces avec la figure d'attachement 	<ul style="list-style-type: none"> • fractures • syndrome du bébé secoué • hématomes • hémorragies internes • étouffement
Famille	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions socio-économiques défavorables (pauvreté, sans domicile fixe, faible niveau d'instruction, famille monoparentale, parents jeunes) • Antécédents délictueux • Abus de substance • Maladie chronique et invalidité • Facteurs psychosociaux (problèmes psychiatriques ; faibles capacités d'adaptation ; manque de soutien de la part du conjoint, de la famille, de la communauté ; mésentente conjugale voire violence conjugale) • Antécédent de maltraitance chez les parents • Violence au sein de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Carence de ressources et d'éducation • Sentiment de poids supplémentaire, de fardeau à s'occuper d'un enfant • Absence de contrôle parental • Faibles capacités d'adaptation à la parentalité 	<ul style="list-style-type: none"> • La malnutrition • Des soins de santé non appropriés • Violence psychologique • Chatiments corporels particulièrement rudes • L'absence de limites, de supervision parentale • L'exposition à du matériel pornographique
Société	<ul style="list-style-type: none"> • Taux local important de chômage • Isolement social • Sociaux-culturels • Aspects légaux • Catastrophes naturelles ou humaines 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques culturelles qui occultent certains types d'abus • Les politiques (ou leur absence) qui conduisent à l'exploitation des enfants • Le manque de respect 	<ul style="list-style-type: none"> • La sanction par la loi de la violence sexuelle et physique (p. ex : les mutilations génitales) • Les enfants soldats • Les viols de guerre • Prostitution

*Sources: Herrenkohl et al (2008); Mersky et al (2009); Stith et al (2009); Whitaker et al (2008).

professionnels et du grand public à la question de la maltraitance a favorisé le taux de signalement des ces situations.

Selon les sources de l'OMS, environ 40 millions d'enfants seraient victimes de faits de maltraitance chaque année (WHO, 2001). 25% à 50% des

enfants rapportent avoir été victimes de violence physique. Nombreux sont les enfants qui rapportent avoir subi des faits de violence psychologiques ou des négligences, mais ce qui est décelé ne semble être que la partie immergée de l'iceberg. Il semble évident qu'une large proportion des faits de maltraitance ne soit pas détectée, voire même que certaines situations ne soient pas reconnues comme liées à de la maltraitance. Par exemple, chez les moins de 15 ans, le taux d'homicides est estimé approximativement autour de 31000 morts par an. De nombreux décès d'enfants sont attribués à des causes accidentelles, telles que des chutes, des brûlures, ou des noyades, qui pourraient résulter directement de faits de maltraitance. Poursuivons cette réflexion:

- l'organisation internationale du travail rapporte que 250 millions d'enfants âgés de 5 à 14 ans travaillent dans les pays en voie de développement. 15 millions d'enfants en Inde sont ouvriers du fait des dettes de leurs parents (Human rights watch, 2001)
- approximativement un million d'enfants seraient impliqués au commerce sexuel de part le monde entier (Casa Alienza, 2001)
- dans les situations de conflits armés et chez les réfugiés, les jeunes filles sont particulièrement vulnérables à la violence sexuelle, en proie à l'exploitation et à des agressions sexuelle de la part des combattants, des forces de l'ordre et des membres de leur communauté, des travailleurs humanitaires et autres (WHO, 2010).
-

FACTEURS DE RISQUE

Le tableau B. 1.2 montre que certaines caractéristiques liées à l'enfant, sa famille ou ses parents augmentent le risque de maltraitance. Une identification précoce de tels facteurs, doublée d'une intervention rapide et adaptée pourrait limiter le risque de voir la situation se dégrader vers des faits de maltraitance.

La précarité des conditions de vie ou de l'état de santé des mères (p. ex des mères adolescentes ayant une grossesse non désirée et vivant dans un la pauvreté) peut conduire à des carences nutritionnelles et autres problèmes que l'on peut détecter et prévenir, tels que les carences en acide folique (qui augmentent le risque de *spina bifida*), la rubéole, l'exposition au mercure, au plomb, à d'autres toxiques et à des drogues légales ou illégales.

CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE

Pour les enfants qui survivent à la maltraitance, en l'absence d'une intervention adaptée, la souffrance peut se perpétuer des années et subsister même une fois devenus adultes. Ainsi, des problèmes de santé organiques et mentaux peuvent faire suite à ces faits de maltraitance, de façon concomittante aux faits de violence ou bien ultérieurement. Certains types de violences peuvent générer des conséquences au long cours, telles que les blessures occasionnées par le *syndrome du bébé secoué*, qui affectent directement le cerveau. Les enfants qui ont eu des fractures osseuses seraient également plus à risque de développer des cancers (Fulller – Thompson et al. 2009).

En plus de problèmes sociaux, les enfants qui survivent aux situations de sévices ou de négligence sont plus à risque de présenter des atteintes cognitives, impactant sur le développement de leur langage, sur leur compétences scolaires et

Caractéristiques parentales associées à la maltraitance

- chômage
- pauvreté
- conflits intrafamiliaux ou conjugopathie
- violence domestique
- consommation d'alcool ou de drogue
- délinquance
- antécédents de suivis par les services de protection de l'enfance
- antécédents personnels de violences physiques ou de violence intrafamiliale durant leur enfance

retardant leurs apprentissages. Ces enfants seraient plus susceptibles de développer une personnalité antisociale, de recourir à des comportements délictueux, et plus à risque de grossesse à l'adolescence (Johnson et al, 2006). Ils ont également tendance à consommer davantage de toxiques, notamment des cigarettes, de l'alcool et d'autres drogues illicites (Dube et al. 2001) : environ un tiers des patients en cure de sevrage ou traités pour des problèmes de consommation rapportent avoir été victimes de maltraitance pendant leur enfance (Swan, 1998).

Des antécédents de maltraitance pendant l'enfance fragilisent l'état de santé physique et psychique de l'individu une fois devenu adulte. Ces victimes sont à risque de présenter des troubles anxieux, des troubles du comportement alimentaires, des dépressions, de commettre des tentatives de suicide (Silverman et al, 96), mais aussi sont à risque de présenter des atteintes physiques, telles qu'une obésité, des douleurs chroniques (qu'elles soient organiques ou psychosomatiques), et de développer des conduites addictives et des conduites sexuelles à risque. Ces conséquences au long cours seraient proportionnelles à la sévérité des faits de maltraitance vécus pendant l'enfance.

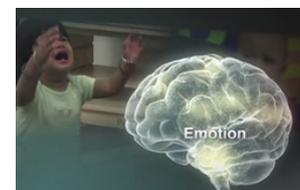
Les apports de la science ont réfuté l'idée que les nourrissons et les enfants étaient trop jeunes pour être affectés par de tels facteurs de stress. L'exposition au stress à certaines phases critiques du développement peut endommager le cerveau en pleine maturation, occasionnant de sorte des dommages pérennes sur la structure cérébrale (National Scientific Council on the developing child ; 2010). Des expériences défavorables à un âge précoce, telles qu'une défaillance ou la négligence des soins maternels, ont prouvé avoir des conséquences négatives sur un cerveau en développement. La consommation d'alcool et de drogues pendant la grossesse peut également provoquer des modifications neuroendocriniennes et neurocomportementales qui viendront perturber au long cours le fonctionnement de la mémoire, des apprentissages et des comportements (voir chapitre G.1)

Mécanismes

La maltraitance provoque du stress. Les réponses au stress impliquent des réponses neurochimiques et hormonales, par activation des systèmes sympathiques médullo-surréaliens qui vont produire de l'adrénaline, et par activation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien qui produira du cortisol. Une activation prolongée ou fréquente de ces systèmes hormonaux peut retentir sur le développement. Par exemple, l'enfant qui subira des événements stressants de façon durable dans le temps ou particulièrement intenses aura un taux de cortisol sécrété particulièrement élevé sur une période prolongée. Cette réponse au stress est estimée comme toxique, car à l'origine de l'activation de gènes spécifiques dits « on » ou « off » (Grunnar at al. 2006). La qualité des interactions dont bénéficie l'enfant avec son entourage est alors déterminante dans la régulation de ces réponses hormonales au stress : l'enfant qui aura pu se développer dans un modèle de relation sécuritaire pourra mieux réguler ses réactions au stress en cas de situations de peur ou de détresse ; tandis qu'un enfant qui s'est développé dans un modèle d'attachement insécure ne saura pas réguler ses réactions face au stress (LOman et al., 2010).

EVALUATION

La maltraitance à enfant entraîne de nombreuses conséquences et pour



cliquez sur la photo pour visualiser la video qui retranscrit les effets toxiques du stress sur le développement du cerveau (1:52)

l'enfant, et pour sa famille (p. ex, un enfant peut être retiré de sa famille et l'auteur peut être incarcéré). Si certains cas de maltraitance sont évidents à prouver (p. ex : l'enfant présente une blessure laissant une trace physique évidente, ou encore se prostitue devant témoin), cela ne concerne qu'une minorité des situations de maltraitance. En effet, en fonction de leur niveau de développement cognitif, les enfants peuvent ne pas se souvenir des événements traumatiques, ils sont suggestibles et ressentent des émotions contradictoires. En exemple, il a été montré que jusqu'à un tiers des enfants âgés de 3 ans pouvaient confondre leur père avec un autre individu exposé dans une série de photos, ce qui fait douter sur leur aptitude à identifier correctement un agresseur (Lewis et al., 1995).

Il est important de distinguer dans quel contexte la suspicion de maltraitance doit être explorée ; à savoir s'il s'agit d'une évaluation psychiatrique ou psychologique (si une révélation a été faite ou que le clinicien suspecte un cas de maltraitance) ou s'il s'agit d'un examen médico-légal. Habituellement, le clinicien qui a décelé des faits de maltraitance se doit de les signaler aux autorités compétentes. Tant que faire se peut, le thérapeute ne doit jamais être celui qui procède à l'examen médico-légal de l'enfant. Il ne lui appartient pas de mener l'interrogatoire, la connaissance des faits pouvant altérer son objectivité dans la thérapie et risquer de contaminer la mémoire de l'enfant. Ici, l'examen clinique de l'enfant maltraité par le clinicien est sensiblement le même que celui des enfants adressés pour d'autres motifs (voir chapitre A.5) et ne sera pas abordé dans cet article. Cette partie va se concentrer sur l'examen médico-légal de l'enfant (néanmoins, il est important de rappeler que dans certaines sociétés, l'absence de spécialistes disponibles ou formés rend parfois cette dichotomie impossible, et il revient au thérapeute de procéder à l'examen médico-légal).

L'évaluateur devra toujours s'adapter à l'enfant, en tenant compte son âge et de son niveau de développement cognitif, afin de faciliter le recueil des informations :

- les enfants d'âge préscolaire ont des difficultés de repérage spatio-temporel. Ils ne seront pas capables de décrire la fréquence d'un événement, à quel moment il a eu lieu, ni l'endroit où s'est arrivé
- Entre 3 et 5 ans, les enfants ne peuvent pas penser de façon abstraite, ils sont facilement distraits lors d'un entretien ou finissent par s'agiter. Ils peuvent dater certains faits en lien avec un événement particulier par exemple : avant ou après un anniversaire, le soir au coucher... utiliser le support du dessin pour leur demander d'expliquer les faits pourrait s'avérer plus facile que d'en recourir à la communication verbale
- De 6 à 9 ans, les enfants sont capables de s'orienter dans l'espace et dans le temps, de comprendre davantage de concepts, et de dessiner des plans d'étages simples. Ils sont capables de pensée concrète. Ils peuvent tromper plus facilement leur interlocuteur que les plus jeunes enfants, et sont capables de garder un secret. Ils ressentent de la honte, de la gêne, et de l'embarras et peuvent ressentir de la peur à être punis. Ils sont réticents à révéler les faits, et peuvent rétracter leur témoignage en présence d'un interviewer peu soutenant. Des jeux de rôles, le recours au dessin ou à des poupées peut s'avérer utile.
- Les préadolescents (10-13 ans) sont plus à l'aise avec un interviewer du même sexe ; ils se sentent maladroits et peu assurés dans leur corps, et ils

Comportements de l'enfant qui pourraient indiquer une maltraitance :

- retard inexplicable de prise en charge médicale, en particulier devant une fracture, une brûlure sévère
- les justifications apportées par l'enfant ou ses parents sont peu compatibles avec la blessure constatée
- divergences des explications fournies par les différents membres interrogés de la famille
- antécédents d'intoxication aux drogues, à l'alcool, de fugues ou de tentatives de suicide
- réponses inadéquates de la part de l'entourage de l'enfant devant sa blessure, tel qu'un déni de la douleur, une minimisation de sa souffrance ou de ses symptômes
- blessures multiples, répétées dans le temps, prises en charge par des médecins différents ou dans des structures différentes.

éprouvent une gêne à parler de sexualité. Ils ont bien souvent conscience du caractère anormal de ce qui leur est arrivé, mais éprouvent souvent une part de responsabilité vis à vis des faits. Une culpabilité trop lourde jugulée à un sentiment de honte envahissant peuvent conduire au déni des faits de maltraitance. Une approche plus formelle de l'entrevue, et des questions courtes pourraient faciliter leurs réponses. Ils ont besoin de réassurance et de savoir qu'ils ne sont pas à blâmer pour ce qui leur est arrivé.

- Les adolescents ont tendance à répondre plus facilement à une approche directe et ouverte, et se sentent plus concernés par leurs besoins et respectueux de leurs intérêts, évitant de faire interférer leur jugement (Craig, 1998).

La révélation de situations d'abus, en particulier d'abus sexuels, se fait de façon progressive. Chez la plupart des enfants, la révélation passe par plusieurs étapes comprenant une phase de déni, une phase de révélation, une phase de rétractation, et une phase de réaffirmation. Jusqu'à 70% des enfants victimes d'agression sexuelle peuvent d'abord nier l'agression. Les enfants les plus jeunes ont tendance à révéler accidentellement l'agression sexuelle, à travers des jeux sexualisés ou en tenant des propos déplacés. Les enfants plus âgés ont tendance à révéler les faits plus délibérément, du fait de la colère qu'ils éprouvent envers l'auteur ou sous l'influence de leurs pairs.

L'entrevue devrait être menée par une personne qualifiée, expérimentée, dans une démarche soutenant et non menaçante. Le nombre d'auditions doit être limité au strict minimum, et il est préférable de regrouper les différents acteurs professionnels au moment de l'entrevue. Idéalement, cette entrevue devrait se dérouler dans une pièce équipée d'un miroir sans tain ou d'un système d'enregistrement audio-visuel, de façon à ne pas effrayer l'enfant.

L'anamnèse est une étape très importante et elle implique de recueillir l'histoire de l'enfant, en particulier son histoire sociale et familiale, pour comprendre dans quel environnement familial l'enfant s'est construit, et repérer certains des facteurs de risque de maltraitance abordés précédemment dans ce chapitre.

Si l'objectif de l'entrevue d'investigation est de répondre aux interrogations suivantes : qui ? quoi ? où ? ou quand ?, elle ne doit pas faire l'économie d'évaluer et de comprendre le contexte familial et personnel de l'enfant. Les questions employées pour conduire cette entrevue doivent être des questions ouvertes, et il est conseillé de se mettre en retrait quand l'enfant devient mal à l'aise. Il peut être utile de faire décrire à l'enfant un événement familier pour lui permettre de reprendre un discours spontané.

Selon Craig (1998), le déroulement global de l'entrevue doit comprendre :

- Une phase courte de préparation de l'entrevue
- Une phase d'évaluation du niveau cognitif de l'enfant, de son niveau de langage, de son aptitude à comprendre les termes de vérité/mensonge, de vrai /faux,
- L'évaluation des connaissances anatomiques de l'enfant en terme de parties du corps, et du vocabulaire qu'il emploie pour les désigner, ainsi que son aptitude à manier des mots tels que « au dessus de », « devant », « derrière », etc



Cliquez sur l'image pour voir un diaporama sur l'abus d'enfant (attention : images choquantes) (8:54)

Le syndrome du bébé secoué : un abus « masqué »

Ce syndrome est la cause de lésions cérébrales chroniques que l'on peut éviter et prévenir.

Il est provoqué par des secouements violents et répétés du nourrisson (en général chez l'enfant de moins de deux ans) par une personne qui s'occupe de lui, et provoque la rupture de vaisseaux intracrâniens par écrasement du tissu cérébral contre la boîte crânienne.

Le tableau clinique se traduit par

- Somnolence, léthargie
- Hématome sous-dural ou hémorragie, voire œdème cérébral
- Hémorragie rétinienne
- +/- des fractures de côtes

- Ensuite, la partie principale de l'entrevue, qui consiste à recueillir les éléments de l'agression (qui, quoi, ou quand, comment) en s'adressant à l'enfant par des questions ouvertes de type « pourquoi es-tu ici ? » ; « dis m'en plus », « et après, qu'est-ce qu'il se passe ? », « qu'est-ce qui te fait penser ça ? », « y a-t-il autre chose que tu voudrais me dire ? »
- Eviter de rectifier les propos de l'enfant en vue de les préciser, ou d'émettre des jugements de valeur (p.ex : le présumé auteur est une mauvaise personne)
- Ne pas employer de mots que l'enfant ne comprend pas
- Ne pas utiliser de questions compliquées ou qui conjugent deux questions à la fois « sais tu pourquoi tu es ici ? »
- Eviter les questions qui induisent de réponses « oui/non »
- Les moyens efficaces d'obtenir des informations sont des questions telles que : “Dis moi en plus”, “Qu'est ce qui te fais penser cela ?”, “Qu'est il arrivé ensuite ?”, “Y a t-il autre chose que tu veux me dire ?”

Il convient également de rechercher les événements qui précèdent les faits constitutifs de l'agression, quand et qui a pris connaissance en premier que l'enfant était victime de ces faits, et comment et dans quel ordre les symptômes de l'enfant se sont développés. Certaines circonstances sont particulièrement évocatrices de situations d'abus (voir encadré)

L'examen physique :

Un examen physique pédiatrique approfondi est impératif dans tous les cas de suspicion de maltraitance, et beaucoup de pays ont des recommandations particulières quand à son déroulement. L'examen clinique de l'enfant devra être conduit dans un endroit accueillant, confortable, pour que l'enfant se sente le plus à l'aise possible. Selon la situation, une personne familière à l'enfant peut éventuellement l'accompagner pendant l'examen. L'examen doit se faire en douceur et il est recommandé de le commencer en prenant les mesures habituellement prises lors de tout examen pédiatrique de routine, c'est à dire les mesures du poids, de la taille et du périmètre crânien. Pendant que l'enfant est examiné pour fournir les éléments de preuve de l'agression, on peut d'emblée évaluer comment il s'exprime et interagit. La présence d'ecchymoses, de brûlures, d'abrasions ou de toute autre lésion cutanée doit être documentée avec exactitude, en prenant des mesures, en utilisant des diagrammes voire des photos. Utilisez des diagrammes simples pour dessiner la lésion et préciser sa localisation, droite ou gauche.

Il faut suspecter des faits de maltraitance dès que l'on peut répondre positivement à l'une des questions suivantes (Mcdonald, 2007) :

- L'emplacement ou la répartition des lésions est-il inhabituel ?
- Y'a t-il une trame, un ensemble de contusions ou de marques ?
- En présence d'une morsure ou d'une ecchymose causée par une empreinte digitale, s'agit-il d'empreintes de taille adulte ?
- En présence d'une brûlure, les limites sont-elles nettes et la profondeur uniforme ?
- si brûlure, la zone atteinte est-elle celle des mains ou des pieds (immersion dans bains brûlants)?
- Coexiste-t-il des lésions d'âges différents ou à différents stades de

Les principaux points à explorer lors de l'examen clinique de l'enfant maltraité

- Aspect général de l'enfant,
- Propreté, recherche de signes de négligences,
- Contact : signes de perturbation d'ordre émotionnelle?
- Recherche d'œdèmes, hématomes, contusions, rougeurs ou traces sur le crâne ?
- Aspect de la fontanelle du nourrisson (bombée ?)
- Ret-scan pour rechercher des signes d'hémorragie intra-rétiniennes ou du vitré
- Examen de la sphère ORL : saignements, déchirure du frein de la langue, ecchymoses ou abrasion de la face interne de la lèvre ou du pharynx
- Douleur des côtes, contusions thoraciques, rupture de rate, hématomes sur abdomen ou thorax
- Douleurs ou épanchement articulaires

Farah, une jeune fille de 15 ans, fut conduite à l'hôpital par la police après avoir tenté de sauter du 4ème étage d'un centre commercial après que son petit ami l'ait quittée. Elle reconnut se sentir triste depuis fort longtemps, depuis le divorce de ses parents quand elle avait 7 ans. Des quatre enfants, elle est celle qui éprouve le plus le manque de son père, ce dernier ayant pour habitude de la gâter. Après le divorce, il se remaria et eu d'autres enfants, ne donna plus de nouvelles et cessa de verser une pension.

Les résultats scolaires de Farah fléchirent. Sa mère se remaria avec un homme d'affaires il y a 3 ans. Il semblait incarner la figure masculine et paternelle qui leur manquait, mais ses affaires firent faillite et il sombra dans la consommation de drogues. Il devint de plus en plus violent envers la mère de Farah et les enfants et il commença à violer Farah et sa petite sœur de 10 ans dès que leur mère était au travail. Il

obtint leur silence sous l'emprise de menace comme quoi il tuerait leur mère si elles osaient en parler à quiconque. Farah essaya de s'en extraire en se tenant à l'écart de la maison et en trainant au centre commercial jusqu'à ce que sa mère rentre du travail.

Elle commença à fréquenter les garçons du centre commercial et devint la petite amie d'un « gentil » vendeur de 20 ans qui écoutait ses problèmes. Elle eut ses premiers rapports intimes avec ce garçon il y a dix mois, pensant qu'elle devait le satisfaire pour obtenir son soutien.

Il y a 7 mois, elle n'eut plus ses règles, et compris qu'elle était enceinte car elle « sentit en elle quelque chose bouger », bien que ses menstruations étaient devenues irrégulières depuis environ une année. Elle informa son petit ami de sa grossesse mais celui-ci répondit qu'il ne voulait rien avoir avec ça et la quitta. Elle souhaite maintenant mourir ou se faire avorter.

guérison

- L'explication fournie est-elle incompatible avec le mécanisme supposé à l'origine du traumatisme ?

La certification prudente et précise des lésions est de rigueur pour tout médecin en charge de conduire un examen médico-légal auprès de l'enfant, car à tout moment, il peut être cité à comparaître lors du procès. Toutes les informations recueillies lors de cet examen devraient être clairement et immédiatement inscrites lisiblement dans le dossier du patient (en utilisant les mots de l'enfant dans la mesure du possible), avec la signature du médecin et la date (et un tampon officiel si l'examen est effectué dans le cadre d'une réquisition).

Examens complémentaires

Un examen du squelette est recommandé pour tous les enfants âgés de moins de 2 ans. Tous les enfants ayant eu des blessures au crâne devraient avoir des examens d'imagerie de type radios, scanners ou IRM, selon les possibilités locales. L'échographie peut détecter les épanchements et hématomes et aider au diagnostic de lésions intra-abdominales. Les examens biologiques incluent une numération de la formule sanguine, un bilan de coagulation, afin d'éliminer une éventuelle pathologie de la coagulation chez des patients présentant de multiples ecchymoses. Une recherche de toxiques peut se justifier devant la suspicion d'un empoisonnement.

LES AGRESSIONS SEXUELLES

Il n'existe pas de définition universelle des agressions sexuelles. L'OMS les définit comme étant l'implication d'un enfant dans une activité sexuelle (a) qu'il n'est pas en mesure de comprendre (b) et pour laquelle il n'est pas capable de consentir, ou (c) qui viole les lois ou les interdits sociaux. D'autres définitions impliquent l'utilisation de l'enfant afin de satisfaire les besoins sexuels d'un adulte ou d'une personne beaucoup plus âgée (Tomison, 1995, p2). En pratique, il est difficile d'identifier les situations d'agression sexuelle commises à l'encontre

Signes cliniques évocateurs d'agression sexuelle chez l'enfant:

- Saignements vaginaux, des organes génitaux externes ou de l'anus
- Blessures de type déchirure ou ecchymose des organes génitaux, de l'anus ou du périnée
- MST, pertes vaginales
- Lésions des glandes mammaires, des fesses, de la partie basse de l'abdomen ou de la région interne des cuisses
- Grossesse chez l'adolescente

des enfants, et ce qui qualifie l'agression peut varier d'un endroit à l'autre (ex : l'excision), est fonction des lois (selon le droit pénal et la protection de l'enfance), et dépend du lien entre l'enfant et son agresseur. Là où certains actes devraient inéluctablement être qualifiés d'abus sexuels (ex., le viol d'un enfant de 10 ans par ses parents), d'autres seraient plus ambigus (ex., rapports consentis entre une personne de 19 ans et une personne de 15 ans). L'âge de la majorité sexuelle varie également selon les pays. Contrairement à d'autres formes de maltraitance, la qualification d'agression sexuelle dépend de la relation entre la victime et son agresseur :

- Adultes sans lien de parenté avec l'enfant : tout comportement sexuel entre un adulte et un enfant qui n'est pas en âge de consentir est considéré comme abusif
- Les membres de la famille de l'enfant : tout comportement sexuel entre un enfant et un membre adulte de sa famille est abusif (les notions de consentement, d'égalité ou de coercition sont inapplicables dans le cadre d'abus intrafamiliaux)
- Adultes en position d'autorité ou de pouvoir vis-à-vis de l'enfant (ex : enseignants, soignants). L'âge légal de consentement n'est en général pas applicable, en raison du déséquilibre de pouvoir qui existe et la violation de confiance qui est faite quand les obligations professionnelles ont été enfreintes.
- Adolescents ou enfants agresseurs : la qualification d'abus tiendra compte du caractère consenti ou non de l'activité sexuelle, de la différence d'âge et du déséquilibre de pouvoir (ex : un rapport sexuel entre un individu de 15 ans et une personne déficiente). L'exploration sexuelle entre adolescents de même âge n'est pas qualifiée d'abus.

Les agressions sexuelles faites à l'enfant regroupent plusieurs formes de violence. Il peut s'agir de formes incluant un contact physique (il s'agit d'attouchements et/ou de viols, y compris en utilisant des objets), et de formes sans contact physique (telles que la pédopornographie, l'exposition de l'enfant à des conversations érotiques, l'exhibitionnisme) ; parfois, ces violences se cumulent, et peuvent se produire en dyade, en groupe, dans le cadre d'exploitation sexuelle ou d'abus ritualisés.

Ces agressions sexuelles peuvent être découvertes de différentes façons. Un enfant peut le révéler spontanément, ou indirectement, par le biais d'un comportement inquiétant et particulièrement inapproprié, en particulier ouvertement sexualisé. Des enfants plus âgés pourraient manifester des comportements à risque, en particulier à valence autodestructrice, tels que des tentatives de suicide, la consommation de drogues, les automutilations ou les fugues. Ces enfants pourraient également revenir avec de nombreux cadeaux ou de l'argent, sans motif particulier pouvant l'expliquer. Il existe certains indicateurs qui font suspecter l'agression sexuelle des enfants dans l'encadré.

L'examen des enfants victimes d'agression sexuelle

Une fois l'abus sexuel révélé, il est impératif de mettre l'enfant en sécurité, de le protéger contre un nouveau danger, et de l'accompagner dans la démarche de soins qui permettra de le réhabiliter. Il est important de rappeler que le thérapeute

Le rôle du médecin

Le rôle du médecin somaticien dans les situations d'agression sexuelle de l'enfant est :

- D'identifier toute blessure (y compris les lésions anogénitales, les blessures des zones extra-génitales, et autres signes évocateurs d'abus ou de négligence)
- De dépister une éventuelle MST, une grossesse (une contraception peut être indiquée dans certains pays)
- D'envisager un traitement prophylactique si risque de contamination par le VIH
- D'identifier tout autre argument de preuve médico-légal pouvant corroborer l'existence d'un abus (ex : prélèvements biologiques)
- De reporter assidument et avec précision toutes les lésions qu'il a constaté et les résultats des différents examens prescrits
- D'expliquer à la victime et initier les différents traitements si elle en a besoin
- D'éliminer une éventuelle urgence psychiatrique (ex : risque suicidaire)

ne devrait pas être la personne qui procède à l'examen médico-légal, sauf si personne d'autre n'est disponible ou qualifié, auquel cas, l'examen médico-légal et les démarches judiciaires doivent précéder la thérapie.

L'examen clinique de l'enfant agressé sexuellement ne diffère pas tellement de celui relatif au contexte de maltraitance que nous avons décrit précédemment, bien que l'accent sera mis sur l'examen des zones génitales. L'absence d'anomalie retrouvée à l'examen n'exclut en aucun cas la possibilité d'une agression : les preuves médicales permettent d'identifier l'abus dans moins de 10% des cas. Entre autres raisons, cela pourrait résulter du type d'abus (p. ex. non physique) ou d'un délai d'examen trop tardif par rapport à la date de l'agression. Lors de l'examen clinique de la jeune fille, il faut garder à l'esprit qu'il existe des variantes normales et anormales de l'anatomie des organes génitaux externes (p. ex : fissure de l'hymen) et des éléments cliniques non spécifiques, tels que l'érythème, des adhérences labiales (retrouvées normalement chez 17 à 39% de la population des jeunes filles prépubères), pertes vaginales, condylomes acuminés, ou des fissures anales chez le jeune enfant.

Des prélèvements biologiques sont de rigueur, et la collecte rapide et précise d'échantillons est nécessaire. Si l'agression a eu lieu récemment, en vue de pratiquer l'examen médico-légal de façon optimale, il faut empêcher l'enfant de se laver ou de prendre un bain tant que les prélèvements n'ont pas été faits, même si l'enfant se sent sale et dégoûté. Il est donc urgent de procéder aux prélèvements, non seulement afin d'atténuer le sentiment de détresse de l'enfant mais aussi parce que l'ADN du liquide séminal dégenère des 72 heures. Procéder ensuite à l'emballage des vêtements de l'enfant dans des sacs dédiés à cet effet, étiquetés au nom de l'enfant, en présence de la police, et utiliser un "kit de violé" pour recueillir les échantillons (chaque pays peut avoir des recommandations différentes pour la pratique de l'examen médico-légal).

QUESTIONS JURIDIQUES

Chaque pays a sa propre politique en matière de protection de l'enfance. De nombreux pays ont rendu obligatoire le signalement des situations de maltraitance aux organismes responsables de la protection de l'enfance ; un rapport de police peut également être nécessaire. En Malaisie par exemple (Child Act 2001), les services de protection de l'enfance (travailleurs sociaux) sont habilités à faire des visites à domicile et de placer les enfants victimes dans un environnement sécurisant, et les médecins ont l'obligation de leur signaler toute situation de maltraitance dont ils auraient connaissance.

PRISE EN CHARGE

Malheureusement, même dans les pays à revenu élevé tel que les Etats-Unis, une très grande proportion des victimes de maltraitance ne bénéficient pas d'une prise en charge en dehors de l'enquête. Compte tenu de l'ampleur du problème, le taux de non réponse est colossal, les services sociaux en charge de ce problème étant tiraillés voire débordés.

Les soins de l'enfant devront répondre à des objectifs différents selon le type de sévices dont il a été victime (p. ex : violence physique, agression sexuelle ou négligence), la sévérité de ses symptômes, selon qu'il ait pu être extrait de sa famille (p. ex : placé dans une famille d'accueil ou dans un foyer), et quel travail pourra

Examen des enfants victimes d'agression sexuelle

Ne jamais employer la force ou contrainte pour effectuer l'examen médico-légal, car cela pourrait traumatiser l'enfant. Un recours à la sédation (avec le consentement éclairé) peut s'avérer nécessaire pour faciliter le déroulement de l'examen et recueillir des éléments de preuve.

Principales conséquences des agressions sexuelles chez les adolescents à garder en mémoire

- Grossesse à l'adolescence, parentalité et avortement (illégal dans certains pays), bébés abandonnés
- Pratiques sexuelles non tolérées sur le plan culturel (p. ex : pratiques homosexuelles)
- Exploitation sexuelle
- Incidence de maladies chroniques (p.ex ; inflammation pelvienne)
- Conséquences émotionnelles et psychologiques
- Stigmatisation
- Retentissement sur les compétences scolaires et professionnelles

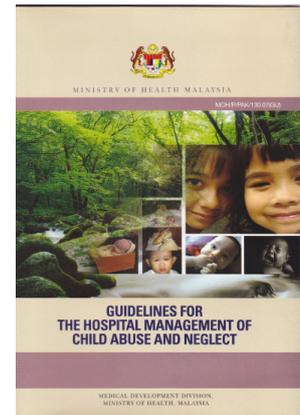
s'articuler autour de la famille (p. ex : conservation des liens familiaux). Peu de preuves permettent d'affirmer l'efficacité de ce travail autour des familles (Wathen & MacMillan, 2005). En pratique, les interventions ciblent surtout les parents et pas les enfants. Chez les familles les plus à risque de maltraitance, ce travail ciblé sur les parents et sur les interactions précoces parents-enfants permettrait de meilleurs résultats. Cette approche vise à développer leur parentalité par des mesures de guidance éducative et sociale enseignée par différents professionnels (Thomlison, 2003). Prenons pour exemple une étude conduite aux Etats-Unis, qui incluait 192 parents connus des services de protection de l'enfance, qui avaient déjà fait l'objet en moyenne de six signalements, et dont la plupart de tous les enfants avaient été placés. Leur participation au programme de « thérapie des interactions parents-enfants » a montré une réduction significative du taux de signalements et des rapports rédigés par les services de protection de l'enfance (Chaffin et al. 2011). Les thérapies cognitivo-comportementales qui ciblent le traumatisme et les thérapies qui ciblent les interactions parents-enfants apparaissent plus efficaces que les autres formes habituelles de psychothérapie.

La première étape est de s'assurer que les faits de maltraitance ne seront pas aggravés par les délais d'intervention des services sociaux, ce qui apparaît malheureusement fréquemment, du fait d'un manque de coordination des différents services. Bien que les démarches devraient privilégier le bien-être de l'enfant, la pratique habituelle consiste à extraire l'enfant du milieu où sévit son agresseur, en le plaçant dans un endroit sécurisant. Si cela peut protéger physiquement l'enfant contre la récurrence des sévices, cela pourrait ne pas suffire en terme de réponses psychoaffectives nécessaires à la guérison de l'enfant.

En règle générale, la prise en charge psychiatrique peut intervenir en phase aiguë ou s'inscrire sur du long cours. L'évaluation initiale requiert un examen complet et détaillé de l'état de la victime. Les cas les plus inquiétants peuvent nécessiter une prise en charge hospitalière, notamment en cas de syndrome dépressif majeur, de risque suicidaire ou de décompensation psychotique. Une hospitalisation peut également être indiquée pour le traitement des blessures physiques de l'enfant ou pour le protéger. Les principales conséquences à court et moyen terme que l'on peut observer sont : l'anxiété et la peur, des troubles du sommeil avec des cauchemars, des somatisations, de la colère/des passages à l'acte, une baisse de l'estime de soi, l'isolement social, des difficultés scolaires, un sentiment d'impuissance, une stigmatisation, et des symptômes en lien avec le traumatisme. Il est nécessaire de prévenir les autres risques éventuels tels que la dépression, l'état de stress post-traumatique, les problèmes relationnels, la consommation de toxiques et les actes de délinquance. Les facteurs qui influencent la survenue des symptômes ou des conséquences de la maltraitance à l'enfant sont :

- L'âge de l'enfant et son stade de développement au moment de l'abus
- Le type de sévices dont il a été victime (violence physique, négligence, agression sexuelle...)
- La fréquence, la durée et la sévérité de l'abus
- La relation entre la victime et son agresseur (English et al., 2005).

De nombreuses études montrent que l'exposition à des faits de maltraitance pendant l'enfance augmente le risque de survenue de tout type de trouble psychiatrique au long cours, ce qui devrait faire l'objet d'une prise en



cliquez sur la photo pour accéder aux recommandations de prise en charge hospitalière des situations de maltraitance faites aux enfants en Malaisie (2009). La plupart des pays ont leurs propres recommandations.

“Il est plus aisé de construire des enfants solides que de réparer des hommes détruits.”

Frederick Douglass
(1817–1895)

charge spécifique, comme le traitent certains autres chapitres de cet ouvrage. Un autre aspect important de la prise en charge consiste à soutenir l'enfant par l'intermédiaire d'une personne qu'il pourra investir, p. ex. une personne qui pourra médiatiser les liens avec les membres de sa famille qui ne sont pas soutenant, et qui pourra l'aider dans ses démarches judiciaires (Center on the developing child, 2007).

PREVENTION

La prévention de la maltraitance faite aux enfants est aussi importante que leur traitement (Finkelhor, 2009). Réduire la maltraitance est possible mais cela nécessite de coordonner l'action des différents acteurs impliqués. Des programmes de prévention efficaces soutiennent les parents en leur apprenant à développer leurs compétences parentales. Des soins continus et la surveillance des familles et enfants peuvent réduire le risque de récurrence des sévices et leurs conséquences. Les études longitudinales conduites par la Perry Preschool Project montrent qu'une intervention réussie se traduit par la diminution du taux de délinquance juvénile et des dépenses judiciaires en matière de criminalité, une diminution des dépenses concernant les mesures d'éducation spécialisée, une augmentation de l'impôt sur le revenu du fait de salaires plus importants, et une moindre dépendance aux aides financières apportées par le gouvernement. Les économies consécutives à la baisse de la criminalité seraient les premiers mécanismes d'épargne à observer (Rolnick & Grunewald, 2003).

Alors que certains programmes de prévention sont internationaux (p. ex. campagnes d'éducation à la parentalité à travers les médias ou les publicités, qui sensibilisent l'opinion publique à l'abomination des violences intrafamiliales ; les visites à domicile des nouvelles mères), la plupart consistent à cibler les familles à risque que nous avons mentionné précédemment dans ce chapitre. Ces démarches incluent des visites à domicile plus rapprochées, le dépistage et le traitement de la dépression maternelle, et la mise en place de programmes d'éducation et de soutien à la parentalité. Ces derniers sont basés sur les principes d'un apprentissage social, avec des programmes d'entraînement pour les parents comme le « triple P » (Programme Positif à la Parentalité) (Graaf, 1998) (voir chapitres A.9 et D.2). Les visites à domicile couplées aux programmes d'entraînement des parents ont montré leur efficacité mais d'importants progrès restent à faire dans ce domaine. Les politiciens, les ONG et les personnalités qui jouent un rôle important dans la communauté (p. ex. les guides religieux..) ont un rôle à jouer dans cette entreprise.

Les politiciens

Au cours de ces dernières décennies, les efforts de recherche ont apporté une quantité considérable d'informations dont devraient se saisir les hommes politiques afin de mettre en œuvre les mesures qui s'imposent pour protéger les enfants. Les politiciens devraient être particulièrement alertés du fait que:

- Aucune méthode, programme ou approche unique n'a eu d'effet « magique ». Il existe plusieurs façons de promouvoir la santé de l'enfant. La solution réside dans le choix d'une stratégie dont l'efficacité est documentée et prouvée, dont on s'assure qu'elle est bien appliquée, qui résulte d'un engagement constant et d'une forte implication afin d'en permettre une amélioration continue.

Interventions efficaces auprès des enfants et des familles ayant de faibles revenus :

- Intervention précoce et soutenue de la part de travailleurs sociaux au domicile des familles vulnérables qui attendent un enfant
- Des programmes d'éducation préscolaires dès la garderie pour les enfants issus de familles démunies
- Des programmes qui ciblent deux générations, en fournissant aux parents un soutien direct et renforcé et en dispensant aux jeunes enfants des soins et une éducation dès la garderie
- Des interventions qui mobilisent les services adaptés pour répondre à la détresse des enfants qui subissent des faits de maltraitance, ou dont la mère présente un syndrome dépressif grave, ou bien dont les parents consomment des toxiques ou vivent dans un contexte de violence intrafamiliale
- Programmes d'entraînement à la parentalité



Stratégies de prévention selon les perspectives d'une ONG

P.S. The Children, une association à but non lucratif en Malaisie, a construit son projet en se référant aux résultats des recherches conduites aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. La recherche indique que beaucoup plus d'enfants seraient victimes de violence que les taux recensés officiellement. Ainsi, la prévention des violences sexuelles est capitale et vise à:

- Informer les adultes et leur apprendre à mieux s'occuper des enfants
- Encourager les communautés à développer des structures qui peuvent soutenir les enfants
- Enseigner aux enfants des moyens adaptés pour se défendre
- Apprendre aux enfants dont le risque de violence est élevé d'en référer aux structures qui peuvent les soutenir
- Apprendre aux enfants qui sont terrifiés de parler qu'ils ne sont pas responsables des violences et les accompagner dans une démarche de soins afin de limiter les séquelles des abus dont ils ont été victime
- Empêcher les victimes d'aujourd'hui de devenir les agresseurs de demain

- La réussite des programmes à grande échelle nécessite une évaluation rigoureuse ainsi que l'entraînement et la supervision régulière des différents intervenants, dans le but d'en améliorer la qualité.
- Le retour à l'investisseur est plus important que les dépenses initiales occasionnées. Les bénéfices sociaux à long terme supplantent largement les dépenses effectuées lors de la mise en place de ces programmes. Quatre des principaux défis sont :
 1. Faire coïncider les aides et les prestations aux besoins de l'enfant et de sa famille
 2. Veiller à la qualité et l'efficacité de la mise en oeuvre des programmes quand ils ont été optés
 3. Développer d'autres stratégies d'intervention auprès des parents et des enfants lorsque les modèles existants ne semblent pas avoir d'impact ou à minima
 4. Fournir des moyens qui permettent une évaluation continue des pratiques en vue de les améliorer
- Les contextes que doivent prendre en compte les politiques incluent :
 1. La famille nucléaire
 2. L'environnement extra-familial
 3. Des programmes multi-générationnels
 4. Les ressources de la famille et le travail de la mère
 5. Contamination environnementale



REFERENCES

- American Academy of Pediatrics: Committee on Child Abuse and Neglect. (2001). Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, 108:206-210.
- Casa Alianza (2001). *Report on Trafficking of Children in Central America and Mexico*.
- Center on the Developing Child (2007). *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children*. Harvard University.
- Chaffin M, Funderburk B, Bard D et al (2011). A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79:84-95.
- Creighton SJ (2004). *Prevalence and Incidence of Child Abuse: International Comparisons*.
- Craig B (1998). *The Art of the Interview in Child Abuse Cases*.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286:3089-3096.
- English DJ, Upadhyaya MP, Litrownik AJ et al (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 29:597-619.
- Finkelhor D (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
- Finkelhor D (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19:169-194.
- Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. (2009). Making a link between childhood physical abuse and cancer: results from a regional representative survey. *Cancer*, 115:3341-3350.
- Graaf ID, Speetjens P, Smit F et al (1998). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32:714-735.
- Gunnar M, Vazquez D M (2006). Stress neurobiology and developmental psychopathology. In D Cicchetti, D Cohen (eds), *Developmental Psychopathology, Vol 2: Developmental Neuroscience*, 2nd ed. New York: Wiley.
- Herrenkohl T, Sousa C, Tajima E et al (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9:84-99.
- Human Rights Watch. 2001. *Easy Targets: Violence Against Children Worldwide*. Human Right Watch, New York.
- Johnson R, Rew L, Sternglanz RW (2006). The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. *Adolescence*, 41:221-234.
- Lewis C, Wilkins R, Baker L et al (1995). "Is this man your daddy?" Suggestibility in children's eyewitness identification of a family member. *Child Abuse & Neglect*, 19:739-744.
- Loman M, Gunnar MR and the Early Experience, Stress and Neurodevelopment Center Team (2010). Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34:867-876.
- Mcdonald KC (2007). Child abuse: approach and management. *American Family Physician*, 15:221-228.
- Mersky JP, Berger LM, Reynolds AJ et al (2009). Risk factors for child and adolescent maltreatment: a longitudinal investigation of a cohort of inner-city youth. *Child Maltreatment*, 14:73-88.
- Ministry of Health Malaysia (2009). *Guidelines for the Hospital Management of Child Abuse and Neglect*. Medical Development Division, Ministry of Health Malaysia, pp77-78.
- National Scientific Council on the Developing Child (2004). *Young Children Develop in an Environment of Relationships*. Working Paper No1.
- National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development*. Working paper No 10.
- Rolnick A, Grunewald R. (2003). Early childhood development: Economic development with a high public return. *The Region*, 17:6-12.
- Runyan DK, Shankar V, Hassan F et al (2010). International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*, 126:701-711.
- Shonkoff JP (2012). Technical report: the lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129:232-246.
- Shonkoff JP, Phillips DA (eds) (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20:709-723.
- Stith SM, Liu T, Davies LC et al (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14:13-29
- Swan N (1998). *Exploring the Role of Child Abuse on Later Drug Abuse: Researchers Face Broad Gaps in Information*. NIDA Notes, 13(2).
- Tomison AM (1995). *Update on Child Sexual Abuse* (Issues Paper No. 5). Melbourne: National Child Protection Clearinghouse.
- Thomlison B (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare*, 82:541-569.
- UNICEF (2010). *Child Disciplinary Practices at Home Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. New York, NY: UNICEF.
- UNICEF (1989). *Convention on the Rights of the Child*.

US Department of Health and Human Services (2003). *The Child Abuse Prevention and Treatment Act: Including Adoption Opportunities & the Abandoned Infant Assistance Act as Amended by the Keeping Children and Families Safe Act of 2003*.

US Department of Health and Human Services (2003). *Child Maltreatment*. Washington, DC: Administration on Children, Youth and Families.

Wathen AH, MacMillan H (2005). Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50:497-504.

Whitaker DJ, Le B, Hanson RK et al (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32:529-548.

World Health Organization (2001). *Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the Links between Human Rights and Public Health*. Geneva: WHO.

WHO and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*. Geneva: WHO.

WHO (2010). *Factsheet on Child Maltreatment*.

Ziegert KA (1983). The Swedish Prohibition of corporal punishment: A preliminary report. *Journal of Marriage and Family*, 45:917-927.



Enfants célébrant eid Mubarak en costumes malais traditionnels.