

Comment évaluer une situation de maltraitance d'enfant ?

Un dispositif d'évaluation intégratif

E. de BECKER

Paris, mai 2016

DEFINITION

« Toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalité physique ou mentale, d'abandon, de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle. »
(*Convention Internationale des Droits de l'Enfant de 1989, extrait de l'article 19*)

« La maltraitance concerne chaque lésion physique ou atteinte mentale, chaque sévices sexuel ou chaque cas de négligence d'un enfant qui n'est pas de nature accidentelle, mais due à l'action ou à l'inaction des parents ou de toute personne exerçant une responsabilité sur l'enfant ou encore d'un tiers, pouvant entraîner des dommages de santé tant physiques que psychiques. »
(*Fédération des Équipes SOS Enfants*)

Est maltraitant tout comportement et/ou attitude qui ne tient pas compte de la satisfaction des besoins d'un enfant et constitue par le fait même une entrave importante à son épanouissement.

Remarques:

- « intentionnalité » ?

≠ « bienveillance » :

- définition ?
- position éthique
- risque d'un clivage, « catégorisation » (bon / mauvais)

- Relatif culturel : par exemple, les mères (KAZAKHES en Asie Centrale, YAKOUTES en Sibérie) masturbent leur jeune enfant pour les apaiser

- Où et quand commence la maltraitance ?
Maltraitance psychologique, enfant confronté à la violence conjugale,...

EPIDEMIOLOGIE : ♀ > ♂

Dans le monde :

Un adulte sur quatre rapporte avoir été abusé maltraité physiquement durant son enfance. Vingt pourcent des femmes et cinq à dix pourcent des hommes rapportent avoir été abusés sexuellement durant leur enfance.

World Health Organization, Global Status Report on Violence Prevention, Genève, 2014, p. 70.

En Europe :

Selon l'OMS, la prévalence des abus sexuels pour la zone Europe est de 13,4% pour les filles et 5,7% pour les garçons. Ce qui suppose que 18 millions d'enfants souffrent d'abus sexuels en Europe.

World Health Organization D. Sethi, M. Bellis , K. Hugues, R. Gilbert, F. Mitis, et al. European report on preventing child maltreatment, Copenhagen, 2013, pp 1-114.

Contexte sociétal – Cadre légal (1)



- Code pénal
- Code de déontologie médicale

La Belgique a opté pour le respect premier du secret professionnel traduit par la confidentialité de la rencontre avec le patient dans la finalité de l'établissement d'une relation d'aide et de soins.

Contexte sociétal – Cadre légal (2)

Art. 458bis du Code pénal

« Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il existe des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité ».

Situation avérée ou suspectée de « MALTRAITANCE » en consultation médico-psychologique

- OBLIGATION de SOINS
- OBLIGATION de respecter le SECRET PROFESSIONNEL

Code pénal
Code déontologie médicale

La famille **ACCEPTE** le traitement

La famille **REFUSE** le traitement

Poursuite du TRAITEMENT
(secret professionnel)

Si procédure JUDICIAIRE en parallèle, POSSIBILITE (non pas obligation) de témoigner en justice, ou de transmettre des informations au juge d'instruction (pas à la police)

le cas échéant

1/ Ne rien faire.
Maintenir une «vigilance active» et voir s'il faut passer à 2/ ou à 3/, si possible ou nécessaire.

2/ Tenter de passer
à un service plus compétent; dans le cadre d'un TRAITEMENT (secret professionnel partagé)

le cas échéant

3/ Si
a) plusieurs essais de traitement;
b) refus dûment constaté;
c) Conviction que le **SIGNALEMENT** au **PARQUET** permettra de mieux prendre charge le problème que 1/ ou 2/

PARQUET

Renvoi à des structures d'aide (SAJ)

Procédure protectionnelle

Procédure pénale

CLINIQUE: symptômes (1)

Toute maltraitance provoque du stress dont les déclinaisons sont multiples ...

Le stress constitue une réaction de survie,... pour échapper au danger...

MAIS

- ↳ Une sécrétion importante de cortisol dès la 20^{ème} semaine de vie in utero a des répercussions sur l'enfant, qui développera une réactivité ultérieure au stress augmentée.

- ↳ Le stress toxique précoce (« stress psychosocial chronique »)
 - conséquences objectivables (↓ taille du cerveau)
 - conséquences observables (hyperactivité à tout stimulus stressant)

CLINIQUE: symptômes (2)

stress chronique:

↳ ↑ cortisol
↳ ↑ adrénaline } ≈ hormones secrétées en cas de stress



atteinte du cerveau en développement

- au niveau de l'hippocampe
- au niveau du cortex préfrontal médian et du noyau amygdalien

zones importantes pour :

- la mémorisation dans les apprentissages
- l'intégration des émotions
- les comportements d'attachement
- la mémoire affective

La maltraitance dans l'enfance modifie la régulation des gènes impliqués dans la gestion du stress.

La maltraitance entraîne une dérégulation du gène récepteur des glucocorticoïdes (NR3C) observée dans les cellules sanguines.

(Conclusion d'une étude à la Faculté de Médecine de l'université de Genève ,UNIGE)



Intrication des aspects et facteurs biologiques , cognitifs, psychoaffectifs et contextuel

⇒ l'épigénétique gouverne la façon dont le génotype est utilisé pour créer un phénotype

CLINIQUE: symptômes (3)

L'apparition et l'évolution d'un trouble dépendent

d'une part :

de facteurs de risques biologiques, psychologiques, familiaux, sociétaux et culturels qui interagissent en synergie

et d'autre part :

de la période du développement pendant laquelle ces facteurs agissent

- Les mêmes facteurs peuvent avoir des effets différents selon le moment et la durée de leur action
- Les relations sociales (socialisation) de l'enfant influencent le fonctionnement de son système nerveux et vice versa

Dispositif d'évaluation intégratif (1)

- Le terme « intégratif » s'appuie sur la définition physiologique : il désigne la fonction d'un centre nerveux consistant à recueillir un ensemble d'informations, à l'analyser d'une façon complexe et à produire une réponse coordonnée de plusieurs organes.

Notre dispositif répond à ces critères en l'appliquant à cette clinique spécifique.



Equipe SOS-enfants : « centre nerveux, pluridisciplinaire »

Dispositif (2)

...SOS-Enfants : missions

➤ **Prise en charge** de l'enfant et de sa famille

- Établir un bilan multidisciplinaire de la situation de l'enfant et de son milieu de vie (composition de l'équipe) ;
- Apporter une aide appropriée à l'enfant et à son milieu de vie en créant si nécessaire des synergies avec le réseau psycho-médico-social ;

A titre complémentaire

- Aide préventive aux futurs parents dont le milieu ou le comportement engendre un risque de maltraitance pour l'enfant à naître, par le développement d'actions en réseau ;
- La prise en charge thérapeutique des mineurs d'âge auteurs d'infractions à caractère sexuel.

PRISE EN CHARGE (1)

Analyse du signalement (demande/plainte):

- Quelles sont les « bonnes raisons » d'interpeller SOS à ce moment ?
- Quels sont les enjeux liés à une telle démarche ?



Cadre d'intervention → Evaluation

- ❖ A l'amiable
- ❖ Négocié au SAJ
- ❖ Sous contrainte

- Qu'en est-il de la protection, du soin à l'enfant ?
- Qu'en est-il de la notion de tiers ? (sortir de la confrontation duelle)

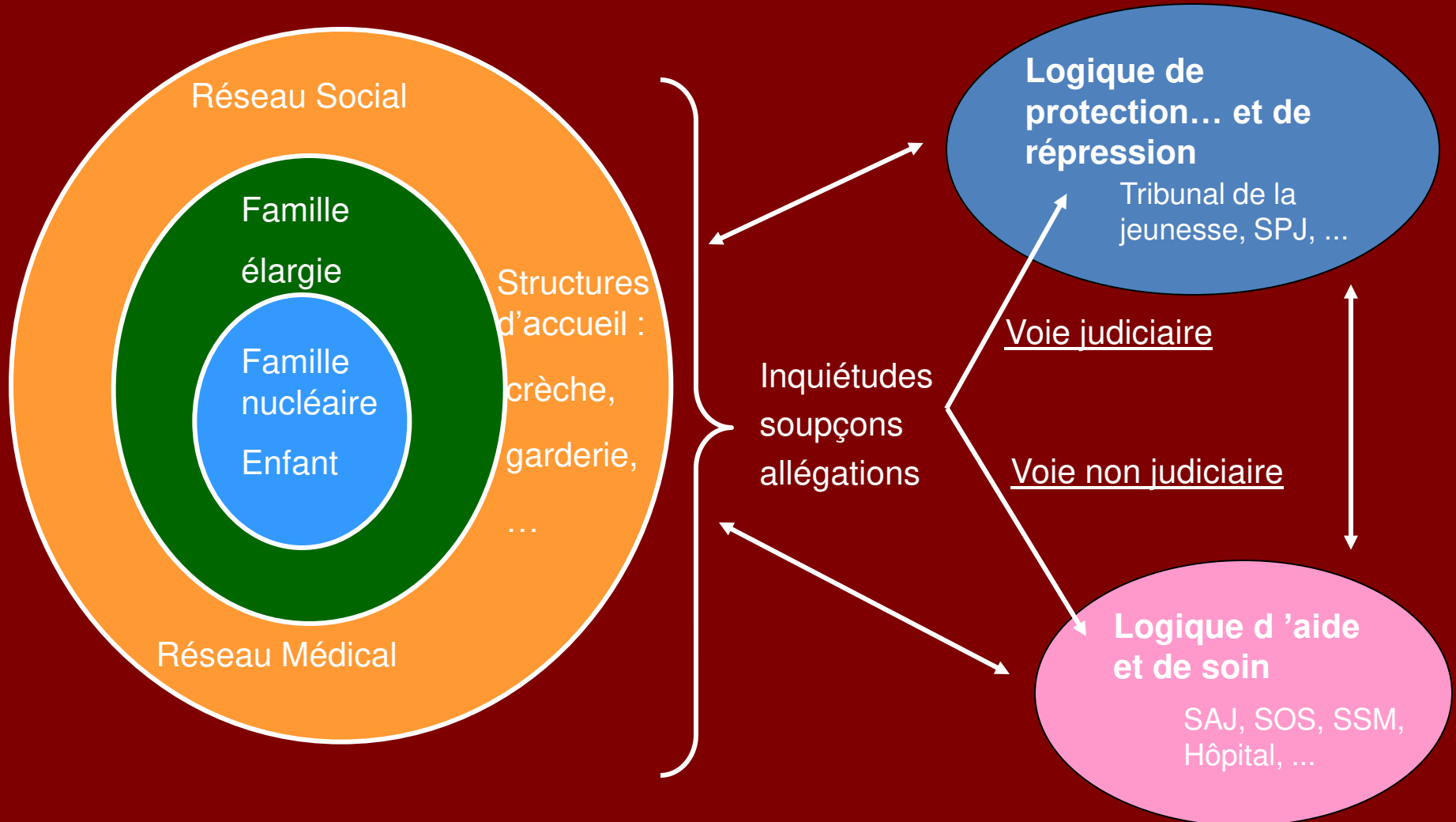
PRISE EN CHARGE (2)

Plusieurs champs diagnostics :

- Le **diagnostic social** : analyser le contexte général de l'enfant et de son entourage, c'est-à-dire la culture, les ancrages sociaux, les conditions de vie socio-économiques ; c'est tout le paysage singulier dans lequel prennent place les différents protagonistes.
- Le **diagnostic systémique**. Vers une « catégorisation » des familles dites « maltraitantes » ? Tenter de situer l'individu dans son système d'appartenance, en observant la qualité des interactions et en relevant les dysfonctionnements, les patterns interactionnels inadéquats, à côté des potentialités et ressources habituellement mises en sourdine.
- Le **diagnostic médical**, dans le sens de l'examen somatique de l'enfant, qui tente de mettre en évidence les éventuelles lésions et de ré-humaniser le corps traumatisé (répondre aux questions).
- Le **diagnostic centré sur la qualité du lien d'attachement** : quel type de liens entre l'enfant et les figures d'attachement ?
- Le **diagnostic psychopathologique** qui met l'accent sur le fonctionnement psychique, les mécanismes défensifs, les modalités relationnelles, les processus d'identification, de projection...

PRISE EN CHARGE (3)

Logique de l'intervention en réseau:



PRISE EN CHARGE (4)

Institution hospitalière :

Hospitalisation

Quand ? - urgence, gravité, danger
Comment ? - cadre
Objectifs ? - soin, évaluation, protection

Avantages

Apaisement des tensions
Fonction « tiers », « contenant »
Sécurité - menaces, ...
- charges pulsionnelles...

Risques (CSQ)

Rejet
Culpabilisation
Angoisses (angoisses d'abandon)
Culpabilité // honte

PRISE EN CHARGE (5)

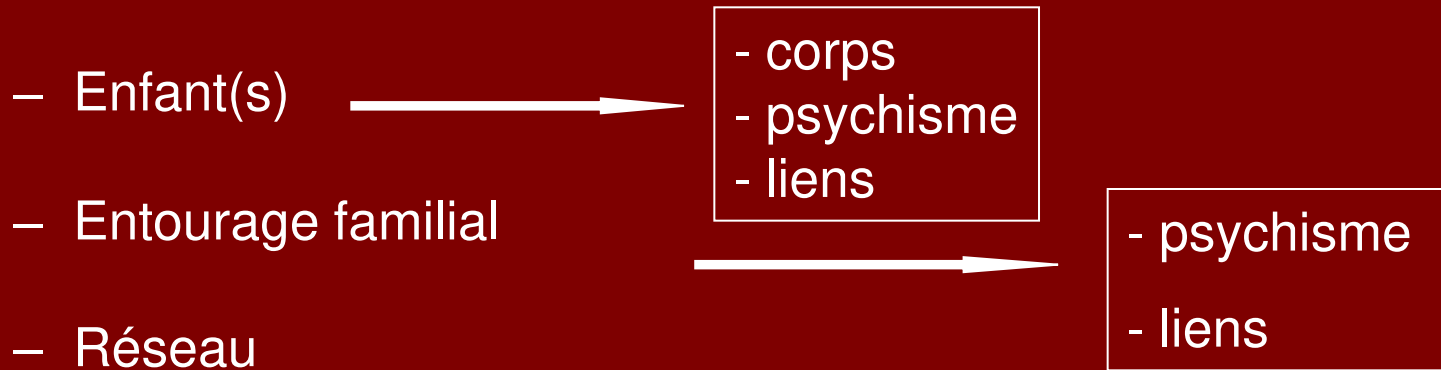
Le diagnostic de maltraitance

visé, en partant de la matérialité des faits allégués et/ou constatés, à qualifier l'état d'un enfant et des membres de son entourage socio-familial, à estimer les éventuelles répercussions de l'inadéquation sur le fonctionnement individuel et relationnel, en vue de proposer le projet thérapeutique le plus pertinent.

PRISE EN CHARGE (6)

Méthodologie (démarche)

- Par des rencontres de paroles :



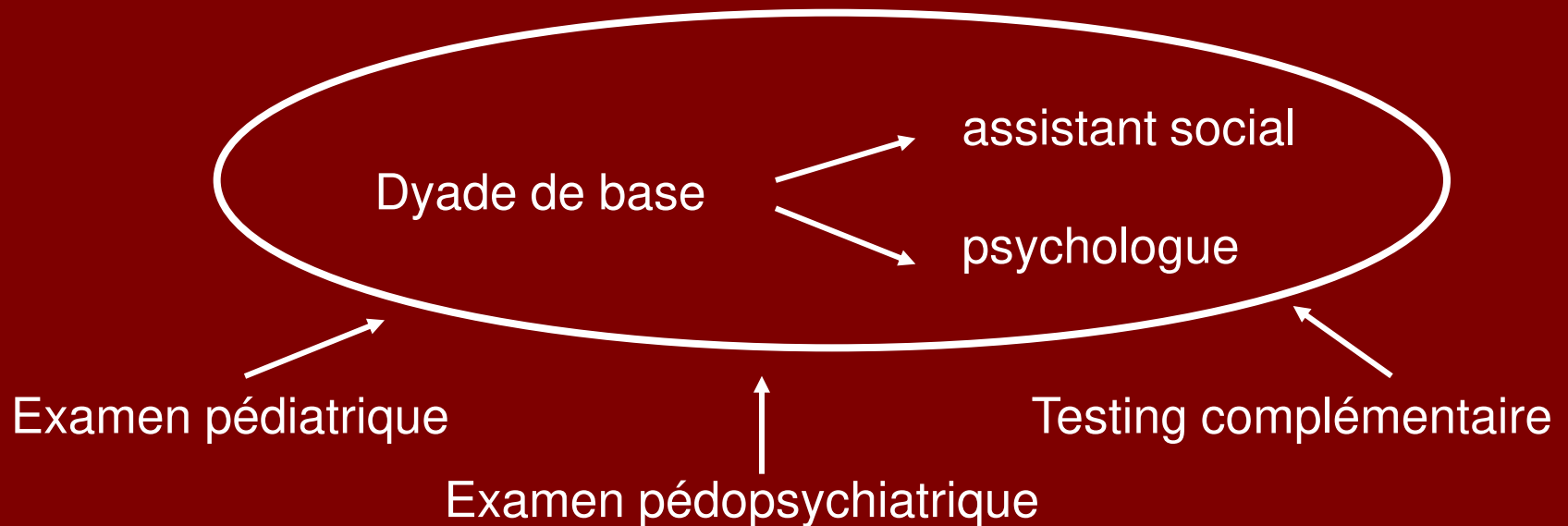
- Par différents médias dont:
 - Examen pédiatrique
 - Observation
 - Testings et autres « outils »

PRISE EN CHARGE(6)

Méthodologie (démarche)

La parole de l'enfant: la place de son recueil ?

→ Canevas d'entretiens et d'examens successifs



Réflexions générales (1)

=> L'importance d'oser parler de la maltraitance :

- ... et de reconnaître ses limites par rapport à une thématique délicate
- réticences et résistances du côté du professionnel
- appréhender ses propres représentations véhiculées par ce thème

⇒ Valeur sociale de la parole de l'enfant: elle ne peut être pleinement assurée et ne peut donc engager pleinement l'enfant

=> aspects du « discernement » et du « consentement éclairé »: font partiellement défaut

⇒ Le recueil de l'éventuelle allégation de l'enfant:

entretien s'appuyant sur la méthode NICHD

(National Institute of Health and Human Development)

≈ entretien structuré (questions ouvertes)

Réflexions générales (2)

→ l'allégation : 2 notions



L'authenticité (être vrai, sincère)

Elle porte sur ce qu'un enfant vit et analyse subjectivement de son monde intérieur : ses sentiments, ses idées, ses opinions, ses questions,... Elle concerne la restitution qu'il en a fait à ses interlocuteurs.

Un enfant est authentique lorsqu'il exprime fidèlement le contenu de son monde intérieur, en tout ou en partie. Autant lorsqu'il restitue fidèlement sa théorie de l'esprit sur l'autre : ce qu'il croit vraiment qui se passe et se pense dans le monde intérieur de celui-ci.

La fiabilité (être crédible, digne de foi)

Elle porte sur les informations enregistrées par les organes des sens puis traitées par l'intelligence. Si l'enfant est persuadé que son père se sent en colère et commente : « Je crois que papa est fâché », il est authentique. S'il a vu et bien vu un comportement de colère de son père et explique « Papa est fâché », son dire est fiable.

L'objet de connaissance ici concerné est souvent externe, mais l'enfant peut constituer aussi un objet de connaissance pour soi-même. C'est le cas notamment du savoir engrangé sur le corps, et même sur le psychisme en tant que contenant de la pensée, qui a ses lois de fonctionnement. Par contre, s'il aborde les contenus de son monde intérieur, il s'exprime dans le champ de l'authenticité.

Réflexions générales (3)

Un exemple :

Un enfant de cinq ans affirme : « *J'ai vu ma grande sœur faire l'amour* », parce qu'il l'a vu embrasser son copain sur la bouche et que, dans son dictionnaire informatif interne, c'est ça « *faire l'amour* ».

Son dire, convaincu, n'est pas fiable : il comporte une erreur de bonne foi qu'on risque de ne pas décoder si on le prend au pied de la lettre.

D'où l'importance, devant des définitions condensées que donnent les enfants, surtout petits, de leur faire déployer avec délicatesse ce qu'ils ont résumé pour se faire comprendre vite ou pour étaler leur science : « *Raconte-nous... ça veut dire quoi, pour toi, faire l'amour ? Qu'est-ce que tu as vu ?* ».

Réflexions générales (4)

Situation où l'authenticité est contestée

↳ l'enfant qui se tait... et choisit de se taire

qui ment → « Je ne sais pas »

reconnaître à l'enfant la liberté à se taire ou à se confier

→ Facteurs entravant la fiabilité

? potentialités cognitives

? psychose

? mensonge

Réflexions générales (5)

... entre mensonges et fabulations

↓
choisir de
falsifier
intentionnellement

↓
se laisser aller au jeu
de l'imagination au point
de connaître la confusion
entre vrai et faux

la question de la suggestibilité

↳ Allégation d'abus

⇒ caractéristiques d'un discours fiable

- l'angoisse accompagne la révélation et l'évocation;
- l'émotion peut amener une certaine confusion;
- difficulté, hésitation, ... à parler (« tout dire en une fois »);
- Spontanéité, cohérence;
- concret, richesse des détails;
- vocabulaire adapté à son âge développemental;
- affects logiques en lien avec les faits relatés.

Réflexions générales (6)

la question du mensonge

↳ par énonciation ou par omission

↳ qu'en est-il : peur, culpabilité, honte, ... ?

- éviter un désagrément (punition, acte de vengeance sur soi ou/et sur des tiers, ...)
- obtenir des avantages, des plaisirs, des privilèges
- se mettre en évidence (la question de l'ego)
- avoir ou reprendre le pouvoir
- s'auto-agresser (mauvaise image de soi)
- détruire l'autre

Réflexions générales (7)

Apport du testing (cognitif – affectif)

- Évaluer le développement de l'enfant:
 - GED → enfant de 0 à 5 ans [laboratoire d'étude du nourrisson à Montréal]
 - Bayley → enfant jusqu'à 3,5 ans
 - Brunet-Lézine → enfant de 4 mois à 2 ans

- Épreuves de projection
 - CAT / TAT
 - Rorschach

- Éléments psychiatriques dans le chef des adultes

Recherche (1)

(base de 100 enfants entre 6 et 16 ans)

- Entretiens cliniques
- Recueil de la parole :
 - SVA : *Statment Validity Analysis*
- Instruments standardisés
 - CBCL (Achenbach) : *Child Behavior Check List*
 - MMPI-2 : *Minnesota Multiphasic Personnality Inventory*
 - AAPI : *Adult Adolescent Parenting Inventory*
 - FAST : *Family System Test*
 - FAT : *Family Apperception Test*
- Conclusions lors d'une réunion d'équipe

Recherche (2)

SVA

- Entretien clinique structuré
 - Etapes progressives
 - Non suggestif et respectueux
 - Enregistré, transcrit et analyse (Yuille)
- Permet
 - Evaluer la crédibilité de la parole de l'enfant concernant des faits d'abus sexuel

Recherche (3)

Achenbach (CBCL)

- Questionnaire auto-rapporté +/- 120 items
- Echelle de cotation des états psychopathologiques en évaluant la santé mentale, les troubles émotionnels, comportementaux et les compétences sociales d'enfants âgés entre 1 et 18 ans.
- Se base sur la perception des parents et des adultes qui côtoient l'enfant.
- Eventuels troubles « internalisés » ou « externalisés »

Angoisses, somatisations,
dépression

Impulsivité, agitation,
agressivité

Recherche (4)

AAPI-2

- **Caractéristiques**
 - Questionnaire auto-rapporté +/- 40 items
 - Parents

- **Permet**
 - Evaluer la « parentalité »
 - Evaluer le risque de maltraitance selon 5 critères : attentes, empathie, punition corporelle, rôles et responsabilités dans la famille (inversion).

Recherche (5)

MMPI-2

- **Caractéristiques**
 - Questionnaire auto-rapporté 567 items
 - Parents ou ados (MMPI-A)
- **Permet**
 - Symptômes, caractéristiques pathologiques
 - Ressources

Recherche (6)

Echelles cliniques du MMPI-2

1. Hypochondrie (Hs)	Préoccupation anormale pour sa santé physique et son corps.
2. Dépression (D)	Perception pessimiste de l'existence, humeur basse, émotivité forte.
3. Hystérie de conversion (hy)	Propension à utiliser des symptômes physiques pour résoudre des difficultés personnelles.
4. Psychopathie (Pd)	Personnalité amoralité et asociale.
5. Masculinité-Féminité (Mf)	Évaluation des tendances homosexuelles.
6. Paranoïa (Pa)	Sentiment de persécution et idées de grandeur, problèmes de confiance.
7. Psychasthénie (Sc)	Sentiment obsessionnel de culpabilité, avec ruminations, peurs irraisonnées.
8. Schizophrénie (Sc)	Personnalité délirante, avec perte de contacts avec la réalité, hallucinations, désorganisation de pensées et de comportements.
9. Hypomanie (ma)	Personnalité inhabituelle, euphorique, excitée, avec logorrhée et insomnies.
10. Introversion sociale (Si)	Trait de caractère avec timidité, solitude et manque d'affirmation sociale.

Recherche (7)

FAST (Family System Test)

- **Caractéristiques**
 - Evolution des caractéristiques systémiques de la famille.
 - Aspect ludique de la passation.
 - Représentations de la famille actuelle, la famille idéale, la famille en crise.
 - GP, parents, enfants, famille, groupe
- **Permet**
 - Informations sur le système familial (cohésion et hiérarchie.)
 - Comparer regards P, E, ...

Recherche (8)

FAT (Family Apperception Test)

- Evolution projective basée sur la théorie du système familial
- Version adaptée pour la recherche → grille utilisée par les cliniciens comme cotation systémique de la dynamique familiale.
- 29 items classés en 3 catégories :
 - Conflits
 - Limites
 - relations
- Mise en évidence de facteurs de risque et de facteurs de protection.

RECHERCHE (9)

- Résultats (A) -

- La conclusion des cliniciens est similaire aux résultats du SVA dans
 - 72% des cas d'enfants maltraités physiquement,
 - 81% des cas d'enfants maltraités psychologiquement,
 - 94% des cas d'enfants maltraités sexuellement
- Au CBCL, les enfants maltraités sexuellement manifestent davantage de « troubles externalisés » que les enfants dont le diagnostic a été infirmé.

RECHERCHE (10)

- Résultats (B) -

- Les parents d'enfants sexuellement abusés présentent des failles dans leurs croyances, attitudes et compétences parentales (punitions corporelles, inversion des rôles parents/enfants, ...).
- Le MMPI ne distingue pas les traits psychopathologiques des parents d'enfants au diagnostic de maltraitance confirmée de ceux d'enfants au diagnostic de maltraitance infirmée.
- Quant aux caractéristiques de la dynamique familiale, on relève une probabilité plus élevée de facteurs de risque pour les enfants maltraités physiquement et psychologiquement.

CONCLUSION

spécialisation dans une clinique spécifique

- Equipe largement pluridisciplinaire (dispositif intégratif)
- Mise à disposition d'outils évaluatifs



Evaluation intégrant les niveaux de la réalité, du symbolique et de l'imaginaire, en permettant une dynamique constante entre eux au niveau individuel et groupal



Pour quelles finalités ???