

FACE À LA COVID-19

IMPACT DE LA PANDÉMIE COVID-19 SUR LES MALTRAITANCES INTRAFAMILIALES DANS LA POPULATION PÉDIATRIQUE

PANNIZZOTTO S (1), DEPUIS Z (1), FRÈRE J (2), SEGHAÏE MC (3)

RÉSUMÉ : Parmi les conséquences somatiques et médicales de la pandémie liée à la COVID-19, l'augmentation du taux de violences intrafamiliales et de maltraitance infantile est l'une des plus graves et significatives rencontrées en pédiatrie. En effet, si le taux de signalement de mauvais traitements envers mineurs fut anormalement bas lors du confinement de mars à mai 2020, la réouverture des milieux scolaires et des équipes d'intervention psycho-sociale au printemps a permis de mettre en lumière une élévation importante du nombre de situations cliniques inquiétantes. Dans certains cas répondant à des critères stricts d'hospitalisation, les services protectionnels tels le Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ) et le Service de Protection Judiciaire (SPJ) font appel à des équipes hospitalières spécialisées afin de prendre en charge les enfants victimes de maltraitance. Cet article a pour objet de décrire et analyser les situations de maltraitance infantile prises en charge par l'équipe pluridisciplinaire Cellule Maltraitance du service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Liège entre mai et novembre 2020. Nous décrivons également brièvement le travail et l'intervention pluridisciplinaire de la Cellule Maltraitance.

MOTS-CLÉS : *Maltraitance - Violences intrafamiliales - COVID-19 - Confinement*

IMPACT OF COVID-19 OUTBREAK ON DOMESTIC VIOLENCE AND CHILD ABUSE

SUMMARY : Among the somatic and medical consequences of the pandemic linked to COVID-19, the increase in the rate of domestic violence and child abuse is one of the most serious and significant encountered in pediatrics. Indeed, if the reporting rate of ill-treatment of minors was abnormally low during the confinement of March-May 2020, the reopening of schools and psycho-social intervention teams in the spring made it possible to highlight a significant increase in the number of worrying clinical situations. In some cases that meet strict hospitalization criteria, the social services call on specialized teams to take care of child victims of abuse. The purpose of this article is to describe and analyze the child abuse situations handled by the multidisciplinary team Cellule Maltraitance in the Pediatric Department of the CHU Liège between May and November 2020. We will also briefly describe the work and the multidisciplinary intervention of the Cellule Maltraitance.

KEYWORDS : *Child abuse - Domestic violence - COVID-19 - Sanitary confinement*

INTRODUCTION

Pouvant revêtir de nombreuses formes cliniques (physique, sexuelle, émotionnelle et psychologique, négligences graves, enfant témoin de violences conjugales), la maltraitance infantile répond à la définition de pathologie chronique et touche 1 à 5 % de la population pédiatrique. Elle relève, dès lors, d'un problème de santé publique majeur (1). Bien évidemment, des exacerbations et manifestations à caractère aigu existent et sont souvent le déclencheur d'une prise en charge au long cours. La définition de la maltraitance de l'enfant selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation*

de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (2). Grevée d'une morbidité et d'une mortalité importantes, la maltraitance est pour autant une pathologie dont les données statistiques sont particulièrement sous-estimées (2). Ce « chiffre noir » s'explique par le fait que de nombreux services sociaux, judiciaires ou hospitaliers sont parties prenantes lors des signalements. Il est, dès lors, difficile de réaliser des recoupements et il est malaisé de suivre ces patients au long cours (placements, nombreux déménagements des familles...). En outre, une partie des dossiers judiciairisés vont répondre à la loi du secret médical mais également de l'instruction, ce qui, en matière notamment de Syndrome du Bébé secoué, rend difficile l'accès aux révélations de l'auteur (3).

La période de confinement sanitaire imposée en Belgique et dans de nombreux pays d'Europe entre mars et mai 2020 a joué un rôle prépondérant dans l'émergence et l'augmentation des situations de maltraitance infantile. Dans un premier temps cependant, l'impossibilité pour les familles à vulnérabilité psycho-sociale de bénéficier de l'aide thérapeutique des intervenants de première ligne, la fermeture des établissements scolaires empêchant le travail de prévention et de détection du personnel enseignant et des centres PMS (Centre Psycho-Médico-Social) et PSE (Centre de Promotion de la Santé à l'École)

(1) Service de Pédiatrie, Secteur Pédiatrie sociale-Cellule Maltraitance, CHU Liège, Belgique.

(2) Service de Pédiatrie, Secteur Pédiatrie infectieuse, CHU Liège, Belgique.

(3) Service de Pédiatrie, CHU Liège, Belgique.

ont résulté en un nombre de signalements anormalement bas durant cette première période (4, 5). En revanche, lorsque s'est amorcé le déconfinement, le retour progressif à l'école associé au fait que les services psycho-sociaux de première ligne ont repris leurs activités, la «seconde vague psycho-sociale» a frappé de plein fouet la population pédiatrique (6)

Dans ce contexte, le nombre de situations de maltraitance infantile nécessitant une hospitalisation et une prise en charge par l'équipe pluridisciplinaire Cellule Maltraitance du service de Pédiatrie du CHU de Liège a augmenté dès le mois de mai 2020.

Nous souhaitons décrire et analyser ici les situations de prises en charge par notre équipe entre mai et novembre 2020 et les comparer à celles réalisées à la même époque en 2019. Pour une meilleure compréhension, nous allons tout d'abord rappeler brièvement le cadre de travail et la mission de notre équipe pluridisciplinaire.

CONTEXTE D'INTERVENTION PLURIDISCIPLINAIRE DE LA CELLULE MALTRAITANCE

Composée de pédiatres, pédopsychiatre, psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, psychomotricien et neuropsychologue, l'équipe exerce au sein d'une unité pédiatrique hospitalière spécifique d'une capacité de 6 lits (notons que depuis l'augmentation de situations décrites dans cet article nous avons dû ouvrir 2 lits supplémentaires). En tant que structure pédiatrique, nous accueillons des patients âgés de 0 à 16 ans, tout en pouvant accepter des mineurs de 16 à 18 ans si la gravité de la situation et la clinique l'exigent. Ce dernier cas est toutefois exceptionnel.

Le travail est orienté sur deux axes :

- 1) la détection de toute situation de maltraitance au sein du service universitaire de pédiatrie (dont le soutien aux équipes soignantes dans la réalisation des diverses démarches, comme la rédaction d'un signalement);
- 2) la réalisation de bilans médico-psycho-sociaux de situations de maltraitements graves sous mandat des services protectionnels : Service de l'Aide à la Jeunesse (SAJ) et Service de Protection Judiciaire (SPJ).

Compte tenu du principe fondamental régissant notre intervention dans ce second cas, étant donné que l'hospitalisation doit être le dernier recours et un temps thérapeutique bénéfique à l'enfant, nos critères d'admission sont

très stricts, comme déjà discuté dans un article précédent (7) :

- 1) besoin d'un milieu neutre afin de préserver la parole de l'enfant de toute influence;
- 2) notion de mise en danger grave au domicile, sans autre lieu d'hébergement possible permettant un travail en ambulatoire;
- 3) échec d'un bilan médico-psycho-social préalable.

Toute demande de bilan qu'elle émerge d'une situation clinique inquiétante au sein du service de pédiatrie et relayé aux services protectionnels ou d'une sollicitation directe de ces derniers, est discutée en équipe et un entretien d'analyse de cas et de négociation (7) est proposé afin de juger de la pertinence de l'hospitalisation dans le respect du Décret de l'Aide Jeunesse (8) et des recommandations de prise en charge pluridisciplinaire (9).

Notre intervention s'organise en un bilan médical adapté à chaque patient, une prise en charge psychologique de l'enfant, des rencontres avec les parents sous forme de visites médiatisées à raison de deux périodes d'une heure par semaine (ce cadre peut être élargi après évaluation si l'enfant est en bas âge), un bilan psychomoteur et/ou neuropsychologique, une prise en charge quotidienne (activités thérapeutiques extérieures, groupes de parole) et des entretiens psycho-sociaux avec les parents. Cette prise en charge multimodale permet d'évaluer les séquelles à court et long termes de la maltraitance sur l'enfant (9, 10), ses capacités de résilience, la systémique familiale et les capacités «protectionnelles» des parents. Au terme de l'évaluation, des orientations sont proposées pour l'enfant et sa famille (retour à domicile avec aides éducatives, travail systémique, prise en charge individuelle, placements...). Tout au long de l'évaluation, un travail en transparence avec la famille est garanti : ainsi, les conclusions finales du bilan sont rendues aux parents avant le rendez-vous chez le (la) Conseiller(ère) du SAJ ou le (la) Directeur(trice) du SPJ.

UNE DEUXIÈME VAGUE PSYCHO-SOCIALE

Durant la période de mars 2020 à début mai 2020, notre activité s'est temporairement arrêtée eu égard à la pandémie liée à la COVID-19. Dans le même temps, la plupart des équipes de première ligne telles que les équipes éducatives à domicile, les intervenants psycho-sociaux, les services protectionnels SAJ/SPJ ont soit également suspendu leurs activités, soit les ont limi-

tées aux interventions urgentes. De même, les établissements scolaires étant fermés, les professionnels ont été empêchés de jouer leur rôle de détection de situations d'enfants maltraités ou suspects de l'être. Cette période de confinement a, par ailleurs, augmenté les violences conjugales et intrafamiliales (11), la consommation de substances toxiques, les dysfonctionnements relationnels et la maltraitance infantile. D'abord tues, ces violences ont émergé, de façon exponentielle, lors de la reprise des activités médico-psycho-sociales sous forme de dévoilement et signalements divers.

À la reprise de nos activités à la mi-mai 2020 jusqu'à la rédaction de cet article mi-novembre 2020, nous avons admis à la Cellule Maltraitance 28 enfants dont 12 garçons et 16 filles (sex ratio 0.75) pour bilan médico-psycho-social, soit 8 de plus que l'année précédente sur la même période, ce qui correspond à une augmentation de 40 %.

En effet, en 2019, à cette même période et à capacité d'admission pleine (ce qui ne fut pas le cas en mai et juin 2020), nous avons admis 20 patients. De façon habituelle, les années précédentes, nous réalisons en moyenne 50 bilans sous mandat d'une durée de 4 semaines. Parmi ces situations, nous dénombrons habituellement, en ce compris durant la période mi-mai à mi-novembre des années précédentes, plus de 50 % de maltraitance physique et 14 % d'abus sexuels (Tableau I).

À la mi-mai 2020, nous avons repris notre activité avec seulement 2 lits sur 6 car une partie de l'équipe était toujours mobilisée à des postes de travail liés à la pandémie. Toutefois, très vite, le nombre de demandes externes et de situations inquiétantes au sein même de l'institution hospitalière augmentant de façon drastique, nous avons été amenés à réinvestir les lits destinés à la maltraitance, voire à dépasser notre capacité d'accueil, tout en reconstituant l'équipe au complet. Afin d'accueillir les demandes qui nous étaient formulées tant par le SAJ que le SPJ, nous avons repensé notre mode de fonctionnement en modifiant la durée de certains bilans

Tableau I. Types de maltraitements prises en charge, les années précédentes, par la Cellule Maltraitance.

Maltraitements physiques	53 %
Abus sexuels	14 %
Négligences graves	11,5 %
Impact de violences conjugales, de conflits parentaux et d'aliénation parentale sur l'enfant	21,5 %

et en priorisant les situations sur base de critères stricts, à savoir : le jeune âge du patient, la gravité des faits, l'urgence à placer l'enfant en sécurité tout en pouvant travailler la dynamique familiale, l'impossibilité de réaliser un bilan à partir du milieu familial proche ou élargi ou à partir d'une institution. Nous avons ainsi reçu 67 demandes de bilan qui ont été examinées et traitées formellement. Le motif de demande de bilan initial peut, bien évidemment, se trouver différent des conclusions finales : ainsi une demande pour violences physiques peut, après analyse et travail avec la famille, révéler également des abus sexuels et vice versa. De plus, une maltraitance est rarement unique : des abus sexuels auront des effets psychiques qu'il conviendra de détecter et travailler avec le patient, des violences psychologiques peuvent avoir des répercussions sur la santé somatique de l'enfant, etc.

Les demandes initiales étaient de l'ordre de 40 % pour des suspicions d'abus sexuel, de 30 % pour des troubles graves de la dynamique familiale engendrant un effet négatif sur le développement de l'enfant (physique, psychique et/ou sexuel) et de 30 % de suspicion de maltraitance physique.

Au total, nous avons été contraints de refuser 37 situations. Le motif de refus était, dans environ 50 % des cas, des situations de danger grave pour l'enfant ou d'absence totale de collaboration de la famille de telle sorte qu'un travail pluridisciplinaire semblait trop tardif ou voué à l'échec après évaluation (Tableau II).

Concernant les 28 bilans réalisés au sein de l'unité hospitalière de la Cellule Maltraitance sur cette période de 6 mois, les données démographiques démontrent une majorité d'enfants de 0 à 3 ans ou de plus de 12 ans qui semblent être la population la plus exposée (Tableau III).

Bien évidemment, dans de nombreuses situations, la maltraitance était mixte. Par exemple, la dynamique familiale peut engendrer de la vio-

Tableau II. Motifs de refus de bilan pluridisciplinaire en milieu hospitalier pédiatrique.

Possibilité de tenter un travail en ambulatoire.	36 %
Inquiétudes suffisantes ou absence de mobilisation parentale pouvant justifier un renvoi devant le Juge de la jeunesse et/ou un placement.	54 %
Orientation vers une autre structure (pédopsychiatrie, structure de soutien parental)	3 %
Autres (troubles du comportement pouvant mettre en danger les autres patients, âge, barrière de la langue souci de neutralité...).	7 %

lence physique à laquelle peuvent s'ajouter des brimades et des violences psychologiques. Le **Tableau IV** analyse ces données en fonction du sexe des enfants et le **Tableau V** en fonction de leur âge.

Enfin, 25 % des situations cliniques rencontrées ont mené à une orientation d'éloignement familial.

DISCUSSION

En Belgique (9) comme dans d'autres pays européens (2, 3), il est difficile d'appréhender la prévalence précise de la maltraitance infantile. Selon les études scientifiques internationales, elle avoisine les 1 à 5 % de la population pédiatrique des pays socio-économiquement favorisés. Parmi les différents types de maltraitance, on note 4 à 16 % de maltraitements physiques, 5 à 15 % de garçons et 15 à 30 % de filles victimes de maltraitance sexuelle, 10 % de maltraitements psychologiques, 1 à 15 % de négligences et 10 à 20 % d'enfants vivant dans un contexte de violences familiales/conjugales (9).

Tableau III. Données démographiques des patients ayant bénéficié d'un bilan pluridisciplinaire en milieu hospitalier.

Âge moyen	7,4 ans
Âge moyen des garçons	6,2 ans
Âge moyen des filles	7,5 ans
Âges extrêmes	12 jours à 15,5 ans
Patients entre 0 et 3 ans	28,5 %
Patients entre 3 et 6 ans.	18 %
Patients entre 6 et 12 ans	25 %
Patients de plus de 12 ans	28,5 %

	Violences physiques	Violences sexuelles	Négligences graves	Violences psychologiques
Total	28,5 %	43 %	21,5 %	50 %
Filles N = 16	25 %	62,5 %	12,5 %	45 %
Garçons N = 12	33 %	16,5 %	33 %	58 %

Tableau IV. Pourcentage de type de maltraitance par rapport au sexe.

	Violences physiques	Violences sexuelles	Négligences graves	Violences psychologiques
0 à 3 ans N = 8	38 %	12,5 %	50 %	25 %
3 à 6 ans N = 5	20 %	80 %	40 %	60 %
6 à 12 ans N = 7	28,5 %	57 %	0 %	57 %
< 12 ans N = 8	37,5 %	37,5 %	0 %	50 %

Tableau V. Pourcentage du type de maltraitance par rapport à l'âge.

Sur une période de 6 mois ayant suivi le confinement sanitaire, nous avons donc observé, au sein de notre service Cellule Maltraitance, une augmentation des prises en charge de bilans pour maltraitance grave de 40 % (20 en 2019 et 28 en 2020) par rapport à la même période l'année précédente. Comme cela a déjà été mentionné, notre équipe a dû s'adapter tant sur le plan structurel que clinique afin d'augmenter nos capacités d'admission durant cette période.

Par ailleurs, les violences sexuelles émergent de façon nette comme étant la forme de maltraitance la plus fréquente, notamment chez les filles (62,5 %) et dans la tranche d'âge des 3 à 6 ans. Nous observons également un pourcentage bien plus élevé de cette forme de maltraitance par rapport aux années précédentes. En ce qui concerne les auteurs, 100 % faisaient partie de l'entourage proche de l'enfant, ayant vécu ou vivant sous le même toit au moment des faits. Les modes de «dévoilement» étaient, dans 50 % des situations, le recueil de la parole de l'enfant ou l'observation de comportements hyper-sexualisés observés en milieu scolaire lors de la reprise des cours. On note ici la mission essentielle des établissements scolaires, des PMS et PSE, dans la prévention et la détection des maltraitements de toutes sortes. Les autres dévoilements de maltraitance sexuelle se sont avérés être une plainte déposée ou demande de prise en charge par un des parents suite au dévoilement de l'abus et, enfin, dans un cas, le diagnostic de gonorrhée chez une patiente de 8,5 ans a permis d'orienter le reste de la prise en charge. L'isolement des familles, la promiscuité physique et psychique, l'absence de cadre protecteur physique et de contenant psychique (travail thérapeutique individuel, école, équipes psycho-sociales...) ont certainement contribué à ces passages à l'acte ou leur intensification.

Concernant la maltraitance physique, nous pouvons dégager deux profils de patients.

D'une part, on retrouve les adolescents en situation familiale monoparentale dont la famille présentait des dysfonctionnements préalables, accentués par une période de promiscuité physique et psychique. Lorsque les relations interpersonnelles évoluaient sur un mode violent et symétrique, les passages à l'acte se sont soldés par des interventions des forces de police et un placement hospitalier à la suite duquel notre équipe a pu réaliser les bilans sous mandat. D'autre part, les très jeunes enfants payent également un lourd tribut à la maltraitance puisque nous observons notamment un traumatisme crânien non accidentel du nourrisson, avec altération neurologique sévère ayant nécessité une admission aux soins intensifs.

Les négligences graves touchent également les jeunes enfants de 0 à 6 ans. Deux patients bénéficieront d'un bilan en période néonatale afin d'évaluer les compétences parentales dans le cadre de toxicomanie et assuétudes et/ou de violence conjugale. Nous observons également une situation de négligence ayant conduit au placement d'une fratrie qui n'a pu bénéficier d'un bilan que plusieurs mois après la demande initiale de par l'arrêt des activités médico-psycho-sociales et qui s'est vue placée en des endroits multiples sur cette période, ce qui n'est pas sans conséquences sur le psychisme de ces enfants.

En ce qui concerne l'orientation donnée au terme du bilan (7), il a été préconisé un éloignement familial pour 30 % des patients avec soit un placement en institution de l'aide à la jeunesse ou pouponnière, soit un placement dans la famille élargie.

Bien évidemment, toute maltraitance envers un enfant (en ce compris le fait d'être témoin de violences conjugales) engendre des effets psychiques et neurobiologiques (1, 10). Bien que ce thème ne soit pas détaillé dans cet article, nous observons également, à travers les bilans neuro-psychologiques réalisés lors de nos prises en charge, des atteintes cognitives et des difficultés d'apprentissage indéniables chez les patients soumis à toutes formes de maltraitance.

CONCLUSION

La maltraitance infantile est une pathologie sévère, multimodale et multifactorielle dont nous avons observé une augmentation d'incidence dans les semaines qui ont suivi le confinement printanier de 2020 lié à la COVID-19 et l'isolement des familles que ce dernier a engendré. Le lien avec l'arrêt du travail thérapeutique des équipes ambulatoires et de soutien à la parenta-

lité, la perte du caractère préventif que revêtent les interventions des milieux scolaires, PMS, PSE, ainsi que la dynamique dysfonctionnelle préalable des familles privées de tout cadre et de toute intervention psycho-sociale durant ces deux mois ont très certainement joué le rôle de catalyseur dans les passages à l'acte graves et la mise en danger de patients pédiatriques. Le rôle des intervenants de première ligne dans la détection et la prévention est primordial ainsi que la présence, au sein des services de pédiatrie, d'équipes pluridisciplinaires spécialisées en maltraitance infantile, permettant une orientation adéquate vers l'ambulatoire et, le cas échéant, la réalisation de bilans lorsque les critères d'hospitalisation sont remplis. Le caractère spécifique de cette prise en charge fait de la pédiatrie psycho-sociale une spécialité à part entière.

BIBLIOGRAPHIE

1. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;**62**:299-312.
2. Tursz A. *Les oubliés, enfants maltraités en France et par la France*. Ed du Seuil;2010
3. Gilard-Pioc S, Cottenet J, François-Purcell I, Quantin C. Estimation de la prévalence des enfants de moins de d'un an, hospitalisés en France pour maltraitance physique sur la période 2007-2014. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;**27**:526-32.
4. Royer MN, Noël V, Bibeau AC, Houle N. Baisse des signalements de la maltraitance en contexte de pandémie. Institut universitaires jeunes en difficulté. Bulletin d'information numéro 3;2020.
5. Baron EJ, Goldstein EG, Wallace CT. Suffering in silence : how did covid-19 school closure inhibit the reporting of child maltreatment. *J Public Econ* 2020;**190**:104258.
6. Martinkevitch P, Langeland Larsen L, Graesholt-Knudsen T, et al. Physical child abuse demands increased awareness during health and socio-economic crises like Covid-19. *Acta orthopaedica* 2020;**91**:527-33.
7. Pannizzotto S. Quelle place en hospitalisation pédiatrique pour la maltraitance infantile ? Critères et orientations. *Rev Med Liege* 2021;**76**:756-760.
8. Ministère de la Fédération Wallonie Bruxelles. Décret du 18 janvier 2018 portant le code de la prévention, de l'aide à la jeunesse et de la protection de la jeunesse.
9. Vanthoutnout B. La prise en charge de l'enfant victime ou suspecté victime de maltraitance. *Rev Med Brux* 2017;**38**:214-7.
10. Hélie S, Clement ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;**27**:520-5.
11. Bradley NL, DiPasquale AM, Dillabough K, Schneider PS. Responsabilité des professionnels de la santé dans le dépistage de la violence conjugale en temps de pandémie de COVID-19. *CMAJ* 2020;**192**:E1434-E6.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr S. Pannizzotto, Service de Pédiatrie, Secteur Pédiatrie sociale-Cellule Maltraitance, CHU Liège, Belgique.
Email : spannizzotto@chuliege.be