

ANNONCER UN DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE INFANTILE : NOMMER POUR PROTÉGER

PANNIZZOTTO S (1, 2)

RÉSUMÉ : Parmi les pathologies pédiatriques rencontrées par les professionnels de santé, il en est une qui, tout particulièrement, nous bouscule, nous questionne et nous met en difficulté : la maltraitance infantile. Complexe sur le plan clinique, maladie à lourds facteurs de morbidité et mortalité, elle comporte également les notions de danger et de protection de l'enfant, mais aussi le rôle que nous médecins, avons à y jouer. Dès lors, l'annonce du diagnostic, avec ses enjeux cliniques et protectionnels, reste un moment clé de la prise en charge, mais il peut, au vu de son caractère sensible, mettre les intervenants en difficulté. C'est pourquoi il existe des recommandations et techniques d'entretien qui permettent de garantir une annonce à la fois transparente et bienveillante dont le principal objectif sera la protection de l'enfant.

MOTS-CLÉS : *Maltraitance infantile - Annonce - Diagnostic*

ANNOUNCING A CHILD ABUSE DIAGNOSIS : NAME TO PROTECT

SUMMARY : Among the pediatric pathologies that are encountered by health care professionals, there is one that particularly shakes us up, questions us and puts us in difficulty: child abuse. Clinically complex, a disease with a heavy morbidity and mortality factors, it also brings up the notions of danger and protection of the child but also the role that we as doctors have to play. Therefore, the announcement of the diagnosis with its clinical and protective issues remains a key moment in care but, given its sensitive nature, can put those involved in difficulties. This is why there are guidelines and interview techniques that make it possible to guarantee an announcement that is both transparent and caring, the main objective of which being the protection of the child.

KEYWORDS : *Child abuse - Announcement - Diagnosis*

INTRODUCTION

La maltraitance infantile est une pathologie polymorphe et ubiquitaire. Existante dans tous les milieux socio-culturels, elle peut s'exprimer par les violences physiques qui peuvent engendrer fractures ou hématomes, des agressions sexuelles dont l'impact psychique peut être dévastateur ou encore des négligences graves qui peuvent mettre en danger la santé de l'enfant. Grevée d'une mortalité de 10 % et touchant 4 à 16 % de la population pédiatrique, elle relève, dès lors, d'un problème de santé publique majeur (1, 2). Des exacerbations et manifestations à caractère aigu existent et sont souvent le déclencheur d'une prise en charge au long cours. Ces dernières années, les diverses crises sanitaires et sociales rencontrées en Belgique, mais également ailleurs en Europe et dans le monde, ont eu un impact majeur sur l'épidémiologie de la maltraitance infantile puisque l'on assiste à une augmentation de 40 % des situations cliniques répertoriées et une aggravation dans la présentation des sévices

infligés aux enfants (3). La définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de la maltraitance de l'enfant «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). De façon inquiétante, on constate une morbidité et mortalité importantes dans les situations de maltraitance puisque cette dernière engendre environ 10 % de décès et 15 % de séquelles sévères. La maltraitance infantile reste toutefois une pathologie dont les données statistiques sont particulièrement sous-estimées (3).

Parmi les circonstances de dévoilement qui peuvent amener à poser un diagnostic de maltraitance infantile, il est important de noter qu'une lésion clinique dite «sentinelle» est retrouvée dans 25 % des cas. Pour autant, le raisonnement clinique qui mène au diagnostic de maltraitance infantile est souvent entravé, voire inhibé, de par la nature *a priori* inconcevable de la pathologie. En effet, si diagnostiquer, c'est réfléchir, comment faire pour réfléchir à l'impensable ? Pourtant, ici encore, la clinique est un outil précieux qui nous permet de poser un regard objectif sur les symptômes ou les paroles de l'enfant.

(1) Service de Pédiatrie, CHU-Citadelle Liège, Belgique.

(2) Secteur Pédiatrie sociale-Cellule Maltraitance, Liège, Belgique.

DIAGNOSTIC : LÉSIONS CLINIQUES ÉVOQUANT UNE MALTRAITANCE INFANTILE

Parmi les lésions qui doivent nous faire évoquer le diagnostic, nous retrouvons :

- les fractures spiroïdes des membres supérieurs chez le jeune enfant de moins de 3 ans. Toutefois, au-delà, l'anamnèse doit bien sûr pouvoir nous guider.
- les fractures spiroïdes des membres inférieurs avant âge de la marche.
- les fractures des côtes du nourrisson, notamment au niveau des arcs postérieurs.
- les arrachements métaphysaires et les décollements sous-périostés
- les traumatismes crâniens graves (fractures complexes, embarrures, avec signes neurologiques francs) sans relation avec un traumatisme violent (ex : accident de la voie publique), plausible en présence de témoins neutres. Notons que les chutes de faible hauteur de moins de 1 mètre 50 n'occasionnent que très rarement des traumatismes crâniens graves.
- les lésions non compatibles avec le développement de l'enfant et faisant, dès lors, questionner l'intervention d'un tiers.
- le syndrome du bébé secoué, associant des hématomes sous-duraux plurifocaux associés ou non à des hémorragies rétinienne.
- la présence d'hématomes cutanés chez le nourrisson de moins de 1 an ou avant mobilisation : en l'absence d'un trouble de la coagulation documenté, ce type de lésion est pathognomonique. La présence d'hématomes multiples et d'âge différent est également un argument clinique et ce, à tout âge, de même que leur présence dans de régions comme le dos, les fesses, le périnée, les cuisses ou le pavillon de l'oreille. De même, le diagnostic sera évoqué si l'anamnèse relève un traumatisme unique invoqué pour expliquer des hématomes multiples et d'âge différent ou si, devant un tableau lésionnel grave, un traumatisme mineur ou aucun traumatisme n'est relaté («lésion magique»)

Les anamnèses et versions d'un traumatisme ou d'un «accident» fluctuantes au fil de la prise en charge doivent faire évoquer une possible maltraitance infantile. Les signes de négligences, dénutrition, déscolarisation, défaut d'hygiène de base (en dehors de toute «précarité empêchante»), traitements vitaux non administrés ou refusés, retard de recours aux soins... méritent également, bien entendu, la plus grande attention (4).

Enfin, les allégations de maltraitance physique ou d'abus sexuel sont également à considérer avec le plus grand sérieux. S'il n'est pas possible de développer ce sujet plus en avant, il est important de garder à l'esprit que toute verbalisation de maltraitance, qu'il y ait eu passage à l'acte ou non, reste inquiétante et mérite qu'on s'y attache afin de comprendre les difficultés qui la sous-tendent et que rencontre l'enfant (5).

PRISE EN CHARGE D'UNE MALTRAITANCE INFANTILE : QUAND SOIGNER NE SUFFIT PAS

Une fois le diagnostic posé, ou à tout le moins les inquiétudes du personnel soignant établies, se pose la question de la prise en charge. Que dire ? Comment énoncer les choses ? À qui faire appel ? Bref, encore une fois, comment mettre l'indicible en mots ? Avant tout, il est primordial de ne pas perdre de vue la sécurité et l'intérêt supérieur de l'enfant, mais aussi le contexte légal de notre intervention. Ainsi, il est possible de prendre avis auprès d'équipes spécialisées comme la Cellule Maltraitance de la Citadelle, CHU Liège, ou d'équipes SOS enfants afin de trouver des leviers pour annoncer nos inquiétudes à la famille et à l'enfant et orienter la prise en charge. En matière de maltraitance, il est un adage qui dit «ne pas rester seul». Un autre principe fondamental de prise en charge est la transparence envers les familles. Il convient d'expliquer les inquiétudes de maltraitance aux parents avant toute démarche. Si ce type d'entretien peut légitimement sembler difficile, voire effrayant, l'expérience démontre à quel point un discours clair et complet permet - contrairement à ce qui est souvent pensé - de garder un lien de confiance avec les parents, mais aussi avec l'enfant. Si les lésions cliniques ou les faits déposés font craindre pour la sécurité de l'enfant, un signalement au Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) et au Parquet sera rédigé, de nouveau en transparence avec la famille. En effet, l'article 458 bis du code pénal permet au médecin de porter des faits de maltraitance sur mineur à la connaissance des services protectionnels et judiciaires (6). La prise en charge ultérieure dépendra du SAJ qui pourra, le cas échéant, mandater des équipes médico-psycho-sociales spécialisées afin de bilancer, accompagner et orienter l'enfant et sa famille (7).

ANNONCER UN DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE : POURQUOI ET COMMENT ?

L'annonce claire et transparente d'un diagnostic de maltraitance infantile est le début de la protection de l'enfant. Les parents, détenteurs de l'autorité parentale, sont donc les premiers à devoir être prévenus et informés. Une annonce de diagnostic bien conduite permettra de faire diminuer la mortalité et la morbidité, de protéger la fratrie le cas échéant, mais aussi de diminuer les risques de réactions agressives, voire de plaintes, de la part des familles, suite à des prises en charges particulièrement mal vécues. Enfin, après l'annonce, vient le temps de l'évaluation de la situation afin de déterminer les actions de protection et d'aide dont le mineur et sa famille peuvent bénéficier.

L'annonce d'un diagnostic de maltraitance s'apparente en termes d'impact psychique à celui d'une annonce de maladie grave et chronique. Dès lors, afin de rendre ce moment efficient sur le plan thérapeutique, il est conseillé de mettre en place une série de procédés cliniques, sémantiques et relationnels au cœur desquels la transparence reste la pierre angulaire. Dans notre service, la Cellule Maltraitance de l'hôpital de Citadelle-CHU Liège, unité spécialisée dans la prise en charge d'enfants victimes de maltraitance, nous nous inspirons, notamment, de la « grille d'aide à l'annonce P.R.O.T.E.C.T. » élaborée par la Cellule d'accueil spécialisée des enfants en danger du CHU de Rennes (CASED) et l'Unité d'accueil des enfants en danger du CHU de Nantes (UEAD) (8). Cette grille d'annonce regroupe les éléments fondamentaux de l'intervention médico-psycho-sociale, tant en situation aiguë (annonce du diagnostic) qu'en situation d'évaluation lors des bilans médico-psycho-sociaux.

Ainsi, lorsque notre équipe Cellule Maltraitance est amenée à annoncer un diagnostic ou à soutenir un intervenant lors d'un entretien ou bien lorsque nous remettons les conclusions d'orientation au terme d'un bilan hospitalier (retour à domicile versus placement), nous veillons particulièrement à :

- **Rencontrer la famille à plusieurs intervenants.** En effet, l'adage « ne pas rester seul » prend ici tout son sens : la pluridisciplinarité permet de porter les inquiétudes des divers corps de métier et à travers ceux-ci les différents prismes par lesquels les faits objectifs observés ont mené à un diagnostic. Par ailleurs, cette collégialité permet de retirer des observations cliniques plus riches de l'entre-

tien, de renommer ce que vient d'être dit par le collègue pour le rendre plus audible, mais aussi d'équilibrer les contre-transferts.

- **Garder notre position de soignant :** il est parfois tentant de céder à la confusion des rôles et de se muer, malgré soi, en justicier en quête de « la vérité ». Le caractère innommable et impensable de la maltraitance des enfants, dont certaines situations s'apparentent à de la torture, génèrent des émotions qui peuvent empêcher un raisonnement « à juste distance ». Le danger est alors de ne plus mener l'entretien en tant que soignant, ce qui peut entraver l'évaluation ultérieure et, *in fine*, la protection de l'enfant. L'objectif de l'entretien est de rechercher non pas des aveux mais un diagnostic, non pas un coupable mais la vérité de l'enfant, non pas un acte de contrition mais une remise en question parentale. Les décisions résultant d'un signalement en termes de visites, présence parentale ou restriction de celle-ci au chevet de l'enfant sont uniquement du ressort du Parquet et du SAJ. En revanche, garder notre position de soignant nous légitimera pour expliquer le diagnostic médical, les lésions cliniques et le traitement en cours, ainsi que le pronostic sur la vie et la santé de l'enfant. Cette position médicale nous permettra d'expliquer la nécessité de protection et d'envisager avec les parents s'ils ont des propositions à ce sujet et, enfin, d'expliquer les rôles des services protectionnels et judiciaires.

Par exemple, lors de l'entretien nous pouvons dire :

« *Au vu des lésions - de ce que dit votre enfant -, le diagnostic évoque des mauvais traitements* »

« *Étant donné que vous êtes ses parents, vous êtes les premiers à qui nous en parlons* »

« *Nous craignons que quelqu'un ait fait du mal à votre enfant* »

« *Nous ne sommes pas la police, ce n'est pas à nous de chercher le ou les responsables* »

« *En revanche nous sommes tenus - avec vous - d'assurer la protection de votre enfant et de signaler le problème à qui de droit, à savoir le SAJ, le Parquet* »

« *Vous pouvez bien sûr entamer des démarches de votre côté pour protéger votre enfant* »

- **Placer la protection de l'enfant au cœur de notre action thérapeutique :** l'article 458bis du code pénal permet au médecin de signaler une situation de mineur en danger :

« *Toute personne qui, par état ou par profession est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction (...) qui a été commise sur un mineur, peut, sans préjudice*

des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, à condition :

- Qu'elle ait elle-même examiné la victime ou recueilli les confidences de celle-ci,
- Qu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale ou physique de l'intéressé et
- Qu'elle ne soit pas en mesure, elle-même ou avec l'aide d'un tiers de protéger cette intégrité (7)».

Par exemple, lors de l'entretien, nous pouvons dire :

«Si nous ne signalons pas ces faits graves sur votre enfant, nous nous rendons complices et non protecteurs, cela peut être assimilé à une erreur médicale et à non-assistance à personne en danger»

- **Assurer confidentialité et disponibilité** : la teneur des échanges et la gravité des faits impliquent que l'annonce aux parents de mauvais traitement sur leur enfant et ce, quel qu'en soit l'auteur, ait lieu dans un local permettant la confidentialité. De même, le cadre de l'entretien doit être posé, les différents intervenants doivent se présenter ainsi que leurs fonctions respectives. Il convient d'introduire la discussion par les inquiétudes et le diagnostic avec une gradation dans l'annonce des informations afin d'éviter «l'effet bombe» et de respecter le rythme émotionnel des parents, tout en accueillant leurs réactions et questions sans se laisser déborder ou envahir. Toutefois, cet entretien aura une limite temporelle, et une fois tous les aspects du diagnostic de maltraitance abordés, il est nécessaire de clôturer tout en assurant notre disponibilité ultérieure.

Par exemple, lors de l'entretien, nous pouvons dire :

«Vous êtes en colère et c'est légitime, mais en tant que parent qu'imaginez-vous pouvoir faire pour protéger votre enfant ?»

«Vous êtes en colère mais ce que l'on peut questionner, c'est que vous mettez de l'énergie à la diriger contre nous plutôt qu'à comprendre ce qui est arrivé à votre enfant et à le protéger»

«Nous allons clôturer, mais nous restons disponibles et reviendrons vers vous une fois que nous aurons un retour des services protectionnels»

- **Nommer les inquiétudes** : expliquer la nature des lésions et leurs conséquences, le risque de récurrence si aucune mesure de protection n'est mise en place.

Par exemple, lors de l'entretien nous pouvons dire :

«Ces fractures d'âge différents ne sont pas accidentelles et montrent que votre enfant a été mis en danger à plusieurs reprises»

«Concernant sa fracture avec embarrure et l'hématome en regard, puisque vous ne vous l'expliquez pas, cela veut dire qu'à minima c'est un accident, mais que le ou la responsable ne le respecte pas suffisamment l'enfant pour le dire et, au pire, que c'est un acte intentionnel»

«Parler ou mimer des actes sexuels à son âge, c'est toujours grave. Même s'il ne s'est rien passé en acte, cela veut dire que votre enfant a été exposé à de la sexualité, ce qui est inadapté et qu'il faut l'en protéger».

- **Garder l'intérêt supérieur de l'enfant au centre de la discussion** : parler de la situation clinique actuelle (présence et soins en unités de soins intensifs, traumatismes, symptômes) traversée par l'enfant, évoquer le danger et la violence subie et la mettre en mots. Il est également primordial d'évoquer la douleur ressentie par l'enfant au moment des violences, mais également par la suite (fracture, hémorragie intracrânienne...) ainsi qu'en le nommant par son prénom. Dans un but d'évaluation, nous pouvons aussi questionner les parents quant à savoir comment ils imaginent protéger leur enfant et sur les besoins de ce dernier. Face à des réactions agressives ou de victimisation parentale, cela permet de se recentrer sur l'enfant qui a vécu des mauvais traitements.

Par exemple, lors de l'entretien, nous pouvons dire :

«Actuellement, votre enfant a besoin de soins, mais au-delà de cela, il doit être protégé et son maintien à l'hôpital dépendra des services protectionnels»

«Nous comprenons que vous trouvez cela injuste et que vous êtes en difficulté, mais en l'occurrence, celui/celle qui a subi de la violence, qui a eu mal et qui souffre, c'est votre enfant et c'est sur lui que nous allons vous demander de vous concentrer».

- **Proposer et mettre en œuvre une prise en charge complète, à savoir médico-psycho-sociale**. Il s'agira d'expliquer les différentes spécialités et soins nécessaires, les différentes fonctions des intervenants, mais aussi les articulations entre l'hôpital et les services tels que la SAJ et le Parquet. Ensuite, seront envisagées les différentes modalités des bilans pluridisciplinaires éventuels en ambulatoire ou en milieu hospitalier, où seront questionnés le lien d'attachement, les capacités protectionnelles et de remise en question des parents, l'orientation du milieu de vie de l'enfant,... (7).

CONCLUSION

Poser un diagnostic de maltraitance infantile et porter l'immense responsabilité de le nommer en l'annonçant aux parents est le premier jalon de la protection de l'enfant. Bien que de nombreux freins, comme la crainte de perte de confiance, de représailles ou encore les représentations que le corps médical peut avoir de la maltraitance infantile peuvent entraver cette prise en charge, il est primordial d'envisager le diagnostic de maltraitance infantile comme celui d'une maladie grave et de considérer le signalement comme un outil de protection destiné à protéger l'enfant et non à accabler les parents.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tursz A. *Les oubliés, enfants maltraités en France et par la France*. 1^{ère} ed. Paris: Seuil; 2010: 420.
2. 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.
3. Pannizzotto S, Depuis Z, Frère J, Seghay MC. Impact de la pandémie COVID-19 sur les maltraitances intrafamiliales dans la population pédiatrique : expérience de la Cellule Maltraitance du Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Liège. *Rev Med Liege* 2021;**76**:789-93.
4. Rey-Salmon C, Adamsbaum C. *Maltraitance chez l'enfant*. 1^{ère} edit. Paris: Lavoisier; 2013
5. Romano H. Suspicion d'abus sexuel chez les enfants de moins de quatre ans. *Le journal des Psychologues* 2006;**238**:40-4.
6. Code Pénal belge 2012. Disponible sur: www.ejustice.just.fgov.be
7. Pannizzotto S. Quelle place en hospitalisation pédiatrique pour la maltraitance infantile ? Critères et orientations. *Rev Med Liege* 2021;**76**:756-7
8. Ayou C, Vabres N, Poullaouec C, et al. Information préoccupante ou signalement dans les violences intrafamiliales: construction, validation et mise en application d'une grille d'annonce par technique de simulation en santé avec patients standardisés. *L'encéphale* 2022;**48**(Suppl1):534-38.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Pannizzotto S, Service de Pédiatrie, CHR Citadelle, Liège Belgique.
Email : sandra.pannizzotto@citadelle.be