



Détecter la maltraitance psychologique chez l'enfant lors d'une consultation aux urgences

P. PINEAU, C. MASSOUBRE

Les points essentiels

- Violence psychologique.
- Formes cliniques.
- Signes cliniques.
- Conduite à tenir.

1. Introduction

Le passage par les urgences est fréquent pour les enfants maltraités, qu'ils y soient accompagnés par leurs parents, adressés par le médecin traitant, les services de PMI, l'école ou le psychologue scolaire...

Cette consultation peut se prolonger par une hospitalisation, qui correspond en un temps d'examen complémentaires ayant pour but d'affiner l'observation, d'asseoir un peu plus le diagnostic, mais aussi d'initier les mesures de protection utiles pour l'enfant, la première étant bien souvent la mise en sécurité à l'hôpital, parfois même sous le mode d'une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP), avant de préparer la sortie et les aides qui seront d'ordre social, parfois judiciaire, psychologique et psychiatrique.

Correspondance : P. Pineau – CHU de Saint-Étienne, Hôpital Nord, Pavillon des urgences psychiatriques, Bâtiment G, niveau +1, 42055 Saint-Étienne Cedex 2, France.
Tél. : 04 77 12 05 84 – Fax : 04 77 12 05 79.
E-mail : patrick.pineau@chu-st-etienne.fr.

2. Définition de la maltraitance psychologique

La définition de l'OMS concernant la maltraitance sur mineur est ancienne (Aide mémoire n° 150 OMS) et désigne « les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, 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 le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes ».

La définition de la maltraitance psychologique est, quant à elle, plus récente et a été élaborée lors de la première conférence internationale sur la maltraitance psychologique des enfants en 1983.

Même, si selon les études de l'OMS, la maltraitance psychologique varie entre autre, en fonction de l'époque et de la culture, il n'en reste pas moins que cette maltraitance psychologique (autrement appelée « cruauté mentale ») repose sur six critères bien précis, détaillés ci-dessous. Notons que certains auteurs ont séparé corruption et exploitation et, par ailleurs, que certains exemples pourront être classés dans deux catégories à la fois.

Ce diagnostic est d'autant plus complexe à poser que les attitudes décrites se rapprochent singulièrement de comportements dits « habituels » des parents envers les enfants. Bien que nous ne traiterons que de la maltraitance psychologique dont sont victimes les enfants, cette maltraitance peut s'appliquer aussi bien aux adultes, femmes, hommes, personnes vulnérables (personnes âgées, en situation de handicap...).

1) **Rejeter :**

- critiquer en permanence l'enfant ;
- le rabaisser en tant que personne, déprécier ses actes ;
- dévaloriser ses sentiments (joie, peur, chagrin...) et ses idées, jusqu'au point de l'humilier en public ;
- lui faire comprendre qu'il est inutile, ou inférieur, en allant jusqu'à le traiter différemment d'un autre enfant, de manière à lui laisser croire qu'on lui en veut, qu'on le rejette, qu'on éprouve une certaine aversion envers lui.

2) **Humilier :**

- insulter, ridiculiser l'enfant et le parodier (ses gestes, sa démarche, son attitude...);
- l'infantiliser ;
- se comporter d'une manière qui porte atteinte à sa dignité et à sa confiance en lui, à son identité (fille/garçon, couleur de peau, taille, poids, mais aussi origines, filiation...).

3) **Isoler** :

- le tenir à l'écart de sa famille (d'un parent), de ses amis, des relations sociales et l'empêcher de participer à des activités habituelles pour son âge ;
- l'enfermer dans sa chambre, une cave, un grenier (donc limiter son espace vital).

4) **4°) Ignorer et manquer d'attention** :

- ne pas répondre aux demandes de l'enfant ou aux tentatives de communication ;
- ne pas remarquer ses réussites, ses demandes de reconnaissance ;
- c'est aussi oublier par exemple son anniversaire, sa fête de l'école, être en retard pour aller le chercher ;
- c'est aussi empêcher l'enfant de s'affirmer et de s'individualiser ;
- cela peut aller, jusqu'à l'ignorance du prénom de l'enfant, l'absence totale d'affection, jusqu'à l'indifférence, c'est-à-dire ne s'adresser à l'enfant qu'en cas de nécessité.

5) **Terroriser** :

- menacer l'enfant de l'abandonner ou de lui faire mal, de le placer dans des situations dangereuses ou supposées dangereuses ;
- c'est aussi le contraindre par l'intimidation (hurler, blasphémer...), ceci pouvant aller jusqu'à des menaces avec une arme (arme blanche, fouet...)
- ces menaces peuvent s'adresser soit à l'enfant, ou aux personnes, animaux et objets qui sont chers à l'enfant (parent de l'enfant, animal domestique, affaires personnelles...)
- fixer des objectifs trop élevés (irréalisables) bien souvent pour devenir le meilleur, le plus beau, le plus fort... L'enfant pense qu'il ne peut et ne pourra jamais atteindre l'objectif imposé et se vit alors comme incapable et médiocre voire décevant. L'attente de l'adulte est bien souvent inadaptée à l'âge et au niveau de développement de l'enfant. Ce dernier est menacé en cas d'échec, voire, il peut même faire l'objet de punitions exagérées et injustifiées, ou de jugements et de comparaisons avec d'autres enfants plus performants, plus doués, jamais à l'avantage de l'enfant, ce qui le blesse et le vexe profondément ;
- l'enfant peut aussi être l'enjeu de violences domestiques, dont il est le témoin privilégié, voire le déclencheur. Ceci peut aller jusqu'à traquer l'enfant.

6) **Corrompre** :

- l'entraîner à des comportements antisociaux et destructeurs ;
- le laisser, voire l'inciter à consommer de l'alcool et de la drogue ;
- renforcer les attitudes déviantes, et le confronter à des expériences marginales inadéquates, pouvant aller jusqu'à l'apprentissage de conduites sexuelles déviantes, l'exploitation des autres, les trafics, et toute activité hors la loi ;

– l'enfant perd ses repères sociaux : le bien est mal et le mal devient le bien. Il est amené à accepter des idées et/ou des comportements proscris par la loi.

7) **Exploiter** :

- obliger l'enfant à s'occuper d'un de ses parents ou d'un autre enfant ;
- l'exploiter matériellement ou financièrement ;
- apprendre à l'enfant à servir les intérêts de la personne adulte plutôt que ceux lui étant propres ;
- il s'agit de situations où l'enfant devient le confident du parent, ou il intervient dans les conflits entre ses parents, ou encore lorsqu'il prend parti et soutient le parent qu'il estime le plus en difficulté (identification au parent blessé).

3. Formes particulières et complexes de maltraitance psychologique

3.1. Les difficultés de circulation de l'enfant entre les parents

terme employé par Hayez et de Kinoo (1)

À la suite de la séparation des parents, l'enfant peut avoir du mal à se rendre chez l'un de ses parents, jusqu'au point de refuser d'entretenir une relation durable. Si le psychiatre Gardner place l'ensemble de ces situations dans le cadre du « Syndrome d'Aliénation Parentale », Hayez et Kinoo mettent en garde contre cette systématisation et décrivent schématiquement trois catégories qui se répartissent approximativement selon une courbe de Gauss :

- à un extrême de la courbe, les situations où le Parent Refusé est le principal responsable ;
- à l'autre celles provoquées par le Parent Gardien ;
- et au centre, les situations les plus fréquentes, multifactorielles, où se mêlent la violence, les attaques de chacun des parents, avec une part active de l'enfant.

Celui-ci pris au milieu des conflits entre ses parents, peut, en fonction de son âge, de son sexe, de ce qu'il a vécu avec chacun des parents, jouer un rôle non négligeable dans ces difficultés.

Notre pratique personnelle de médecin hospitalier, mais aussi de médecin exerçant dans la protection de l'enfance, nous amène à penser que le syndrome d'aliénation parentale n'est qu'un cas particulier dans les difficultés de circulation de l'enfant entre ses parents.

D'autres ont parlé du syndrome de Médée qui consiste à détruire la relation de l'enfant avec l'ex-époux(se) pour se venger de ce dernier. Rappelons que Médée avait tué les enfants qu'elle avait eus avec Jason lorsque ce dernier l'avait abandonnée pour une autre (2).

Il arrive que l'enfant soit rapté par l'un des parents, pour des motifs variés, rompant ainsi tout lien entre l'enfant et l'autre parent.

a) Lorsque le refus de lien est en rapport avec le parent refusé, c'est parce qu'il a pu être auparavant violent, envers l'autre parent et/ou, envers les enfants. Il peut aussi avoir quitté le foyer, et avoir reconstruit sa vie avec une personne qui n'apprécie pas les enfants. Il peut se désintéresser de ses enfants, ou être un parent maltraitant (physiquement, voire sexuellement). Il peut présenter des troubles psychiatriques, inquiétants pour l'enfant qui ne comprend pas et prend peur devant l'attitude du parent. Le parent refusé peut présenter, des troubles de conduite (addictions...).

b) Lorsque le parent gardien est à l'origine de l'interruption du lien, il peut s'agir d'une hostilité à l'égard de l'autre parent (pour des raisons financières par exemple), d'une vengeance (jalousie parce que l'autre a reconstruit un couple, une famille et semble heureux, et que l'enfant a une complicité avec le nouveau conjoint(e) de l'autre parent). Le parent gardien peut avoir la volonté d'effacer, de supprimer l'autre parent, ce qui conduit parfois au « révisionnisme » c'est-à-dire réécrire l'histoire des liens de l'enfant avec l'autre parent. Le parent gardien a peur de perdre l'enfant après avoir perdu le conjoint. Il peut présenter des troubles psychiatriques (délire paranoïde, paranoïa...), ou utiliser l'enfant comme soutien de ce parent « abîmé, lésé », ou comme soutien de la propre estime de ce parent qui a peur de ne pas parvenir à rivaliser avec l'autre parent.

c) L'enfant peut avoir sa part active. Notamment, lorsque l'enfant est, par exemple, très jeune et n'a eu auparavant que peu de liens avec l'autre parent ; ce dernier est donc considéré comme un étranger. L'adolescent, bien souvent se mêle de la rupture de ses parents pour des raisons personnelles, sans y être poussé par le parent gardien, même si ce dernier fait des reproches au parent refusé. Dans cette dernière situation, il n'y a pas à proprement parler de maltraitance psychologique.

Des facteurs comme l'histoire de chacun des parents, mais aussi de l'enfant, le contexte du divorce, les questions financières, un héritage, l'entourage familial influencent les interrelations parents-enfants après une séparation.

Sur le plan clinique, ces enfants peuvent être amenés à consulter, en fonction de l'âge parce que :

- l'enfant s'oppose parfois de manière très violente (jusqu'à ne plus pouvoir, se contenir), ou menacer de se faire du mal pour ne pas se rendre chez l'autre parent, ou alors tenter de se suicider ou s'automutiler, lorsqu'il est chez le parent refusé ;
- l'enfant présente des manifestations somatiques (maux de ventre...) quelques jours, la veille ou le jour de la visite chez l'autre parent ;
- l'enfant présente des troubles du comportement, voire fugue (pour ne pas se rendre chez le parent refusé, ou lorsqu'il s'y trouve), parfois de manière moins fréquente (environ 5 % des situations de séparations parentales très tendues) (Viaux J.-L. 2001 cité par Hayez) (3) le clinicien est dépositaire d'allégations d'abus sexuels de la part de l'enfant ou de la part du parent gardien visant le parent refusé (même s'il semble que ces situations aient un peu régressée (Viaux J.-L.

2001 Cité par Hayez) (3). Est-il besoin de rappeler que les vrais abus (physiques et sexuels) existent aussi ? Tous ces symptômes complètent ceux déjà décrits plus haut dans la maltraitance psychologique.

3.2. Le syndrome de Münchhausen par procuration

Il s'agit d'enfants régulièrement conduits en consultation, souvent dans les services d'urgence, pour des symptômes induits (par l'administration de médicaments : somnifères, insuline...), ou des symptômes allégués (manifestations d'ordre somatiques voire psychiatriques qui peuvent être très multiples). Ces symptômes disparaissent en dehors de la présence des parents. Ce sont des organisations familiales où la mère prend une part très active dans les soins de l'enfant, avec parfois des connaissances impressionnantes sur les maladies de l'enfant, et une incitation à multiplier les examens, la mère n'est jamais satisfaite des résultats, et pour cause. Le tableau se complète de pères souvent absents et d'une mère plus intéressée par les troubles de son enfant que par la souffrance de ce dernier engendrée par la maladie de l'enfant et induite par les différents examens (parfois très invasifs). Cette mère peut difficilement supporter les progrès et améliorations cliniques de son enfant, y compris les paroles ou constatations rassurantes du médecin.

Lorsque les équipes soignantes prennent conscience du rôle que l'on leur fait jouer, où lorsque la mère ne se sent plus suffisamment reconnue, elle devient rejetante à l'égard de l'équipe soignante, et peut consulter ailleurs conduisant à un véritable nomadisme médical.

Si l'enfant présente une réelle pathologie somatique, le diagnostic sera alors très difficile à poser. Le diagnostic de syndrome de Münchhausen par procuration tarde souvent car le médecin est par nature, porté à « écouter » les symptômes rapportés ou constatés par les parents, qui sont censés agir pour le bien de leur enfant.

Le corps réel de l'enfant, lieu des projections de la mère est offert aux médecins. De ce fait, le médecin ne peut pas répondre à la vraie demande, qui est celle de la blessure de cette mère mais qui ne peut le reconnaître, et peut alors ressentir du rejet, de la défiance, voire une attaque personnelle, lorsque l'on lui propose une aide pour elle. C'est bien à partir de la souffrance de l'enfant qu'un travail pourra être possible, pour remonter jusqu'aux sources mêmes de la souffrance originelle, celle qu'a pu ressentir la mère lorsqu'elle était enfant.

3.3. Clinique

La clinique varie selon l'âge de l'enfant avec des symptômes non spécifiques. C'est l'association de ces signes cliniques avec l'observation, les interactions parents-enfant qui orientera vers l'hypothèse diagnostique. D'où l'intérêt, d'une formation suffisante pour en rechercher les signes et proposer une observation prolongée.

3.3.1. Du côté de l'enfant

Chez l'enfant de moins de 3 ans :

- troubles du sommeil ;
- troubles alimentaires (refus, mérycisme...) ;
- retard de développement (en lien avec des carences, une indifférence et une absence de réponse aux besoins affectifs de l'enfant) ;
- nanisme chez les enfants gravement carencés.

Chez l'enfant de plus de 3 ans :

- avidité affective et recherche de marques d'affection, de contacts en particulier dans les carences importantes ;
- troubles du sommeil ;
- troubles de l'alimentation ;
- tristesse, apathie ;
- inhibition, hypervigilance, ou au contraire instabilité, hyperactivité, (il arrive que l'enfant soit très sage en famille par crainte des réprimandes et désinhibé à l'école) ;
- perte de l'estime de soi ;
- anxiété ;
- manifestations somatiques (douleurs abdominales...) ;
- l'enfant peut à travers ses jeux, ses dessins rejouer de manière active ce qu'il vit de manière passive en s'identifiant soit à l'agresseur, soit à la victime, soit aux deux à la fois.

Chez l'adolescent :

Aux manifestations précédentes peuvent se rajouter :

- des conduites suicidaires ;
- des troubles dépressifs ;
- parfois une certaine indifférence affective avec une affectivité amoindrie, comme si l'adolescent était anesthésié ;
- des scarifications (pour calmer la douleur, retourner l'agressivité contre lui-même, être en colère contre soi-même) ;
- des troubles des conduites alimentaires, (anorexie ou boulimie...) ;
- des colères ;
- des troubles du comportement, des fugues, pouvant aller jusqu'à des moments de dissociation ;
- des difficultés scolaires ;
- des troubles des conduites sexuelles ;
- et une consommation de produits toxiques.

Ces symptômes varient en fonction non seulement de l'intensité et de la répétition de la maltraitance, mais aussi de l'entourage de l'enfant (existence de personnes ressources et soutien) ainsi que des capacités intellectuelles de l'enfant et de ses facilités d'adaptation personnelles.

3.3.2. *Du côté des parents*

- certains parents ont été eux-mêmes l'objet de maltraitance dans leur enfance. Il leur est difficile à leur tour de s'identifier à leur enfant et de pouvoir répondre aux besoins de ce dernier ;
- d'autres ont souffert durant leur enfance, d'autres formes de violences, comme par exemple des exigences de leurs propres parents, et veulent, soit protéger leur enfant de telles souffrances, soit réaliser leurs souhaits à travers leur descendance (parfois les deux en même temps) sans se rendre compte de la souffrance qu'ils infligent à leur tour à leur enfant ;
- on observe souvent l'absence d'un des parents ou l'incapacité d'un des parents à pouvoir intervenir auprès du parent maltraitant (comme on peut le constater dans le roman « Vipère au poing » d'Hervé Bazin (4), ou « Les parents de Mélie » de Corinne Albaut (5).

3.3.3. *Critères favorisant la maltraitance à mineur retenus par l'OMS (6)*

Facteurs précipitant la maltraitance chez l'enfant :

- âgé de moins de 4 ans ou est adolescent ;
- enfant non désiré ou ne répondant pas aux attentes des parents ;
- besoins spéciaux, pleurs persistants, anomalie physique.

Facteurs liés aux parents :

- difficultés à établir un lien avec le nouveau-né ;
- manque d'attention pour l'enfant ;
- antécédents de maltraitements dans l'enfance ;
- manque de connaissances sur le développement de l'enfant ou attentes irréalistes ;
- abus d'alcool ou de drogue, y compris durant la grossesse ;
- implication dans les activités criminelles ;
- difficultés financières.

Facteurs relationnels :

- troubles physiques ou psychiques dans la famille ;
- l'éclatement de la cellule familiale ou des violences entre d'autres membres de la famille ;
- isolement par rapport à la communauté ou l'absence d'un réseau de soutien ;
- perte de soutien de la part de la famille élargie pour l'éducation de l'enfant.

Facteurs communautaires et sociétaux :

- inégalités sexuelles ou sociales ;
- manque de logements appropriés ou de services de soutien aux familles et aux institutions ;
- les taux de chômage élevé ou pauvreté ;
- facilité d'accès à l'alcool et aux drogues ;
- normes sociales et culturelles encourageant et glorifiant la violence envers autrui, y compris l'usage de châtiments corporels ;
- politiques sociales et de santé qui mènent à des niveaux de vie peu élevés, où à des inégalités ou une précarité socio-économique.

4. Quelques données épidémiologiques

La maltraitance est un problème important de santé publique.

4.1. Selon le Rapport Mondial sur la Violence et la Santé (6) (chapitre 3) datant de 2002, l'OMS indique qu'il est difficile de disposer de chiffres précis concernant la maltraitance, car elle dépend :

- du type de maltraitance étudiée ;
- du type de définition retenue ;
- des statistiques officielles ;
- de la qualité des études.

Néanmoins, 20 % des femmes, et 10 % des hommes déclarent avoir subi de la maltraitance dans leur enfance.

Selon cette même étude, il semble courant que les parents crient sur les enfants. Le recours aux injures et aux insultes semble varier davantage. Dans les 5 pays de l'étude WorldSAFE (pays non cités dans l'étude), l'incidence la plus faible en ce qui concerne le fait d'avoir injurié les enfants dans les 6 mois qui précédaient était de 15 %. Aux Philippines, 48 % des mères déclaraient menacer leurs enfants de les abandonner pour les punir, contre 8 % au Chili.

Les études laissent à penser que la plupart des parents utilisent des méthodes disciplinaires non violentes (expliquer aux enfants pourquoi leur comportement est mauvais, leur demander d'arrêter, leur retirer des privilèges,...). Au Costa Rica, les parents reconnaissaient recourir au châtiment corporel, tout en indiquant qu'il s'agissait de la méthode qu'ils appréciaient le moins.

4.2. Selon l'enquête ENVEFF 2000 (7)

C'est au sein de la famille que se commettent le plus d'actes de violence envers les êtres les plus faibles, et qu'il est très difficile d'en avoir une estimation juste.

Dans cette étude, il était rapporté qu'en 2000, on comptait 18 300 enfants maltraités se répartissant en 6 600 violences physiques, 5500 abus sexuels, 4 800 négligences lourdes et 1 400 violences psychologiques.

Ces chiffres sont à rapprocher de ceux publiés par l'OADS (Observatoire de l'Action Sociale Décentralisé) (8). En 2004, on recensait 19 000 enfants maltraités, dont 6 600 cas de violences physiques, 5 500 de violences sexuelles, 4 400 de négligences lourdes, 2 500 de violences psychologiques, et 76 000 enfants à risque (dont le chiffre ne cesse d'augmenter), soit un total de 95 000 enfants. En 2004, 7 enfants sur 1 000 étaient donc signalés en danger auprès des Conseils généraux.

4.3. Selon le document **Violences et santé en France : état des lieux (7)**

Les chiffres obtenus sont ceux extraits de l'étude Événements de Vie et Santé (EVS) réalisée entre novembre 2005 et février 2006. L'enquête concernait les violences subies au cours des 24 mois précédant l'enquête, et concernait 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans, vivant en France. Néanmoins, une partie des questionnaires s'intéressait d'une manière rétrospective à la violence subie durant l'enfance.

5. Quelques données concernant la violence psychologique

Presque 1 personne sur 2 déclarait avoir subi de la violence psychologique dans les 24 mois précédant l'enquête. Celle-ci se répartissait de la manière suivante :

- dénigrement dans ses idées, son apparence physique, ses actes (11 %) ;
- ne pas pouvoir parler avec qui l'on veut rencontrer librement ses amis, des connaissances, des membres de sa famille (2 %) ;
- rendre compte de ses déplacements et de ses fréquentations (dire où l'on était et avec qui) (2 %) ;
- se heurter à un total refus de discussion (7 %) ;
- se voir imposer des façons de s'habiller, de se coiffer, de se comporter (2 %) ;
- recevoir des appels téléphoniques malveillants ou des lettres malveillantes (11 %), Voir des proches menacés, ou être menacé(e) d'être séparé(e) d'eux (3 %) ;
- cette violence était **répétitive**, puisque 2/3 des personnes qui ont été confrontées à des violences verbales déclarent avoir été confrontées au minimum par deux fois à ce type de violences, et 30 % au moins 6 fois. Les autres catégories de violence psychologiques sont aussi récurrentes ;
- elle s'accompagne **d'autres types de violence**, car 18 % des personnes interrogées déclarent avoir subi plusieurs types de violences. Ceux qui ont déclaré un seul type de violence sont en général des violences psychologiques ;
- il s'agit d'une violence **dont on parle** car **65%** des personnes victimes de violences psychologiques déclarent en avoir parlé à plusieurs personnes, mais

10% des personnes ayant subi des violences psychologiques, n'ont jamais révélé de telles violences avant l'enquête ;

- elle est dénoncée **dans les heures** qui suivent pour 74 % des cas, 22 % au bout de quelques mois et 4 % après plusieurs mois ou années ;
- elle est moins révélée lorsqu'elle est subie au domicile ;
- cette violence est **d'autant moins dénoncée lorsque la personne qui la subit est isolée** ;
- le **recours à une personne soignante** (médecin, psychologue ou autre personne spécialisée) est plus fréquent pour les violences physiques (28 %) que pour les violences psychologiques (17 %) ;
- si **27 % des personnes ayant subi des violences verbales** se rendent dans un commissariat ou une gendarmerie ou encore saisissent le Procureur de la République, le pourcentage est deux fois plus faible, pour les violences psychologiques.

Concernant la violence psychologique subie durant l'enfance, cette enquête montrait son influence dans différents domaines :

5.1. La sexualité

Les femmes ayant subi des violences psychologiques au cours de leur enfance ont leurs premières relations sexuelles plus jeunes que les autres :

- les femmes ayant subi des carences affectives ont plus de partenaires sexuels ;
- les personnes ayant subi des violences durant l'enfance ont plus de partenaires sexuels dans leur vie sexuelle ultérieure, et une plus grande prise de risques (Infections sexuellement transmissibles, grossesses non désirées) ;
- moins d'engagement dans les relations durables ;
- les femmes ayant subi des violences psychologiques prennent moins de précautions à l'égard des IST et ont un recours plus fréquent à la pilule du lendemain ainsi qu'à l'IVG.

Les violences auraient une influence sur la perception de soi, de son propre corps, de la confiance en soi, et de la projection dans l'avenir. Donc une vie sexuelle plus précoce, un plus grand nombre de partenaires, des relations multiples...

5.2. La santé psychique

Avoir subi des violences psychologiques dans les deux années précédentes, augmente le risque de se sentir en mauvaise santé, de faire une tentative de suicide (8 % contre 5 %), de présenter des troubles anxieux ou dépressifs et de souffrir d'une dépendance à l'alcool et à la drogue.

5.3. La santé physique

a) Avoir subi des violences psychologiques a une répercussion sur le sommeil : troubles de l'endormissement, troubles du maintien du sommeil, réveil précoce, sommeil non récupérateur.

b) Avoir subi des violences au cours des deux dernières années (quelles que soient ces violences) augmente le risque de consommation quotidienne de tabac et de produits illicites.

Ces chiffres montrent que la maltraitance psychologique n'est pas rare chez l'adulte et qu'elle ne doit pas l'être probablement non plus chez l'enfant.

Cette violence n'est pas isolée, elle peut être parlée, mais pas systématiquement parfois tardivement, et elle a des répercussions sur la santé psychique de la personne, son sommeil, sa vie sexuelle, mais aussi sur ses conduites.

Est-elle toujours bien repérée et prise en charge chez les enfants ? Difficile d'y répondre, car nous ne possédons pas de chiffre concernant ce type violence. En revanche, il nous paraît utile d'avoir un aperçu des résultats de cette même enquête concernant les violences sexuelles (réf. 7, page 120). Il serait d'usage que parmi les personnes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles durant l'enfance, seulement 8 % des hommes et 20 % des femmes avaient indiqué avoir bénéficié d'une prise en charge par les services de protection de l'enfance.

6. La prise en charge de la maltraitance psychologique

Elle débute dès la première rencontre avec le repérage de la maltraitance, l'écoute de la parole du patient et le fait de croire à cette parole. Mais comme le rappelle DE BECKER (9), il ne faut pas « enfermer l'enfant dans son discours, son allégation », (...) ce qui est « tout aussi maltraitant potentiellement ». Inversement, comme l'écrit Aussilloux (10), la position la plus efficace, du point de vue de l'économie psychique personnelle du soignant, serait « de ne pas y croire ».

Selon Hamarman (cité par Yves Hiram Haesevoets) (11) :

Lorsque cette maltraitance psychologique intervient au sein de la famille l'évaluation de la sévérité de la maltraitance repose sur une combinaison graduée d'intentionnalité et de nuisibilité, en fonction des critères suivants : les attitudes récurrentes des parents, les conséquences pour l'enfant, la personnalité des parents et dynamique familiale.

Selon ces critères, les cas les moins sévères relèvent d'une action de guidance parentale thérapeutique ou éducative (lorsqu'il s'agit par exemple de pression scolaire inappropriée, révélant des problèmes de communication au sein de la famille), alors que les cas les plus sévères requièrent plutôt une intervention judiciaire et/ou médico-légale lorsque l'adulte ne parvient à prendre conscience de

la souffrance psychologique qu'il inflige à l'enfant, car souffrant lui-même de perturbations émotionnelles importantes.

Dans bien des cas, la prise en charge psychothérapeutique devra s'accompagner d'une mesure éducative qui sera initiée par le biais d'une information préoccupante, quand il existe un danger immédiat, il peut être fait un signalement au Procureur de la République qui peut alors rendre une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) afin de maintenir l'enfant à l'hôpital pour qu'il bénéficie des soins indispensables à son état.

Cette démarche réalisée auprès des instances administratives ou judiciaires doit être impérativement expliquée aux parents, qui peuvent se sentir parfois jugés, souvent disqualifiés, mais aussi soulagés.

Cette information qui est une levée du secret professionnel, est encadrée par les articles du Code pénal, **L 223-6**, qui rappelle l'obligation de porter secours, **L 226-14 du Code pénal** qui indique les dérogations prévues à l'**article 226-13** qui rappelle l'obligation du secret professionnel.

On retrouve ces dispositions dans les articles du Code de Déontologie **43** (correspondant à l'article R. 4127-43 du Code de la Santé Publique) et **44** (correspondant à l'article R. 4127-44 du Code de la Santé Publique). Ces articles indiquent la possibilité d'informer lorsqu'il a connaissance d'une maltraitance sur un mineur, et ils sont complétés par les Articles 434-1 et 434-3 du Code Pénal, qui condamnent la personne qui n'informerait pas les autorités judiciaires ou administratives après avoir eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur.

7. Conclusion

Si la maltraitance psychologique ne laisse pas de trace comme d'autres types de violence, elle n'en blesse pas moins la personne qui en est victime, et nous savons tous combien les mots peuvent être blessants. C'est aussi pour cette raison que ce type de maltraitance est si difficile à être diagnostiquée, repérée et prise en charge, sans compter qu'elle peut ressembler à certaines attitudes habituelles dans l'éducation des enfants.

Les mentalités évoluent, les connaissances (nous dirions plutôt la reconnaissance, car quel enfant n'a pas été confronté durant son enfance à des paroles, à des attitudes blessantes ?) s'affinent, et les professionnels sont (qu'ils soient du secteur pédagogique, social, judiciaire, médical..) de plus en plus formés et savent repérer cette forme de maltraitance. Ils peuvent alors déclencher les moyens nécessaires pour aider et protéger les enfants mais aussi aider les auteurs de ces faits à ne pas les reproduire.

Même si, la maltraitance s'exerce, souvent en famille, tout un chacun peut y être confronté dans sa vie quotidienne, dans son cadre professionnel, et peut devenir

auteur de maltraitance psychologique, bien souvent au moment d'un débordement émotionnel lors d'une intervention auprès d'enfants, exercice dont on connaît toute la difficulté, et qui nécessite systématiquement une reprise, un travail de supervision.

D'ailleurs, l'OMS a montré que dans certains pays, les actions de préventions destinées aux parents consistaient à aider ces derniers à prendre conscience, de leur méconnaissance des besoins de leurs enfants, mais aussi des conséquences de leurs interventions.

Peut-être avons-nous là quelques pistes supplémentaires de travail...

Nous laisserons les dernières paroles à Jules Renard dans *Poil de Carotte* : « *Tout le monde ne peut pas être orphelin* » et à Hervé Bazin dans *La mort du petit cheval* « *En somme, Brasse-Bouillon fait un bon père. On peut être mauvais fils et bon père, comme on peut être bon fils et mauvais père* » et « *Je ne lui dirai jamais, ce n'est pas la mère qui est sacrée c'est l'enfant. C'est l'enfant qui n'a pas souscrit sa vie, qui la reçoit comme un héritage impossible à refuser, sans bénéfice d'inventaire* ».

Références

1. Hayez J.Y., Kinoo P. Aliénation parentale, un concept à haut risque. *Études*, 2009 ; 410 : 187-98.
2. Ovide. *Les Métamorphoses*. Livre de Poche. GGP Media GmbH, septembre 2010.
3. Hayez J.Y. L'aliénation parentale : info ou intox ? *Le Journal des psychologues*, 2012 ; 294 : 33-38. DOI : 10.3917/jdp.294.0033.
4. Bazin H. *Vipère au poing* Livre de poche n° 58. Maury Imprimeur. Édition 86 2010.
5. Albaut C. *Les parents de MELIE*. Format Électronique.
6. OMS. *Rapport Mondial sur la violence et la santé* ; 2002.
7. *Violences et santé en France : État des lieux* ; la Documentation Française ; novembre 2010.
8. Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée : *Rapport « Protection de l'Enfance : Observer, évaluer, pour mieux adapter nos réponses*. 2005.
9. http://www.odas.net/IMG/pdf/200511_RapportEnfance_2005.pdf
10. De Becker E. Les « psys » face aux maltraitements à enfants. *Psychothérapies*. 2007 ; 27 : 85-96. DOI : 10.3917/psys.072.0085.
11. Aussilloux C. *Les professionnels au cœur de la violence psychologique*. www.Acalpa.info/ressourcescassapfran.htm.
12. Haesevoets Y.-H. *Les maltraitements psychologiques à l'égard des enfants*. www.psy.be/famille/enfants/maltraitance-enfant_2.htm