

SEVICES ENVERS LES ENFANTS

I. GENERALITES DEFINITION :

Au terme « Sévices à enfants », on préfère aujourd'hui maltraitance à enfants » en raison de l'évolution des connaissances et des mentalités. Si le corps social a toujours su, et ce depuis l'Antiquité, que l'enfant pouvait être victime de violences ou de négligences, l'évolution des consciences et même des consciences médicales n'a que très récemment admis ce phénomène comme un événement contre nature. L'enfant n'a acquis de véritable existence, « existence en tant que personne » qu'au travers de textes législatifs et réglementaires rédigés depuis le fin du 19ème siècle.

On admet aujourd'hui qu'un enfant maltraité correspond actuellement à :

- Un enfant victime de la part de ses parents ou d'adultes qui en ont la garde, de brutalités volontaires ou d'une absence intentionnelle de soins.
- Un enfant victime d'abus sexuels dans et hors le milieu familial.

**- Violences physiques -
Carences de soins -
Négligences - Cruauté
mentale - Abus sexuels**

Le médecin peut être le premier à découvrir qu'un enfant est victime de mauvais traitements physiques ou psychologiques de la part de ses parents ou de ceux qui en ont la garde.

Sa tâche est souvent rendue difficile par une réelle et bien compréhensible répugnance à envisager l'hypothèse de sévices à enfants.

Si le milieu familial a tous les critères de la marginalité sociale, le médecin y pensera plus facilement souhaitera intervenir ; si par contre, il a toutes les apparences de la « normalité », il lui sera plus difficile

d'envisager cette hypothèse.

Pour l'aider dans la gestion de la situation très particulière que peut être la découverte de maltraitance, le médecin dispose :

- de ses connaissances cliniques,
- de ses connaissances médico-sociales et judiciaires.

Il doit savoir que la prise en charge d'un enfant maltraité varie selon qu'il s'agit, d'une situation de danger différé ou imminent, et qu'elle ne peut être que pluridisciplinaire.

II. EXPERTISE MEDICO LEGALE

A. DEMARCHE MEDICALE

a. Circonstances de découverte :

Le diagnostic est flagrant : l'enfant présente des signes caractérisés de maltraitance : coma, fractures multiples, plaies nombreuses...le rôle du médecin est de saisir immédiatement la justice.

Le diagnostic est suspecté : l'enfant est amené par les parent à la demande du médecin, de l'assistance sociale, , avec l'hypothèse de maltraitance.

Le diagnostic est pressenti, mais les premiers signes sont peu ou non spécifiques.

L'enfant est vue en milieu médical ou chirurgical, pour un motif non lié à la pathologie des mauvais traitements. C'est son examen qui va permettre de découvrir des signes évocateurs de maltraitance.

Enfin, et c'est le cas le plus fréquent et le plus souhaitable, c'est au cour de suivi médical de l'enfant et avant même que les signes physiques n'apparaissent, que le médecin peut suspecter des risques de maltraitance.

Dans tous les cas, la démarche médicale doit être très stricte.

b. Caractéristiques de l'enfant

1-Eléments de suspicion :

Les données qui peuvent conduire à soupçonner des sévices sont :

- les antécédents de l'enfant : récidives ou enfant à risque ;
- les conditions de l'examen : retardé ou à distance du traumatisme ;
- l'attitude de l'enfant : trop soumis ou trop affectueux avec l'étranger, ou au contraire trop réfractaire ;
- l'attitude des parents : agressivité vis à vis de la souffrance de l'enfant, le diagnostic est minimisé ;
- les données de l'interrogatoire : discordance des propos, incohérence des faits, invraisemblance des explications fournies ;
- le type de le lésions : siège, nature, association, disparition des symptômes en milieu protégé.

2-Enfant à risque :

Des multiples arguments font craindre qu'il s'agisse d'un enfant à risque :

- *les uns sont liés à l'enfant :*

- enfant non désiré, grossesse non suivie non déclarée ou déclarée tardivement, abandon envisagé ;
- statut difficile : enfant adultérin .
- handicap malformatif, sensoriel, moteur, intellectuel ;
- enfant prématuré, mauvaise instauration du lien de la mère et de l'enfant ;

- *les autres sont liés à une séparation de l'enfant de sa famille :*

- après un placement qu'il soit familial, nourricier ou institutionnel(pouponnière, foyer d'aide social à l'enfance) ;
- après des hospitalisations longues ou répétées ;

- les derniers sont liés à la famille :

-antécédent chez les parents des sévices, abandon, placement ;

-pathologies psychiatriques d'un ou des parents ;

-toxicomanie(alcoolisme, drogue) ;

-marasme social.

Ces trois groupes d'information sont à la base de diagnostic. Néanmoins des fractures multiples peuvent être secondaires à des traumatismes accidentels parfois sur pathologie osseuse. *Leur répétition doit cependant donner l'alerte.*

c. Manifestations cliniques

1.Etat général :

- aspect :

-l'enfant est mal vêtu, d'odeur nauséabonde ;

-il est sale avec des lésions de grattage ulcérées, sur infectées en outre des lésions de violence.

- Comportement :

-l'enfant semble à la fois indifférentes et craintives ;

- il paraît apathique, passif, sa mimique est figée, non mobilisable ;

-il prend souvent le masque du débile mental profond.

- Etat staturo-pondéral :

-un retard staturo-pondéral : avec rachitisme, marasme, anémie hypochrome

-un retard psychomoteur : un retard d'acquisition de la marche autonome de la parole , du contrôle sphinctérien.

2.Lésions constatées :

Des lésions récentes et anciennes qui sont retrouvées et qui constituent un impératif pour conclure à des sévices envers les enfants. Cette datation différente des lésions peuvent affirmer la répétition des violences qui subis l'enfant et qui peuvent être :

2.1. Sévices physiques :

A. Aspect :

Les Ecchymoses, les Hématomes :

Sont particuliers par leur localisation et leur multiplicité. Leur localisation (cuir chevelu, lombes, tronc, zones génitales) peut lui sembler ne correspondre que difficilement à des zones de chute accidentelle. Leur multiplicité et parfois leur âge différent peut l'inciter à s'interroger sur leur mécanisme étiologique.

Les plaies :

Sont multiformes : Leurs aspects ou leur localisation doivent alerter.

Ø Les effractions tégumentaires :

- des excoriations croûteuses ;
- des abrasions épidermiques plus au moins étendues ;
- de griffure;
- de pincement ;
- de morsures ;

Ø Les plaies par arme blanche :

Selon l'agent vulnérant et l'acharnement qui préside l'applique des sévices :

Les plaies peuvent être punctiforme ou linéaire à bord net ou anfractueuses de profondeur variable.

Les brûlures :

Elles sont fréquentes et évocatrices lorsqu'elles coexistent avec d'autres lésions de violences.

On distingue des brûlures volontairement infligées (brûlures par liquide brûlant, par cigarette, par fer à repasser ou par tisonnier).

Il faut éliminer certaines brûlures accidentelles graves, par négligence ou ignorance bain trop chaud.

Les fractures :

Sont souvent méconnues (surtout chez le très jeune enfant) ou découvertes à l'occasion de clichés effectués pour une autre pathologie (ex : Fractures de côtes sur radiographies pulmonaires).

Les fractures peuvent aussi étonner par leur aspect particulier : décollements épiphysaires, lésions des cartilages de conjugaison, arrachements épiphyso-métaphysaires. Ces aspects particuliers s'expliquent en général par des mécanismes tels que les elongations forcées, les torsions, les strictions... C'est l'association de fractures multiples d'âge différent, certaines consolidées, d'autres en voie de consolidation, d'autres encore récentes qui en l'absence d'une autre cause médicale de fracture possible est anormale.

Les lésions cérébro-méningée :

Très fréquentes, elles sont graves pouvant entraîner la mort de l'enfant. Elles comportent :

- des hématomes sous duraux chez les nourrissons ;
- des hémorragies méningées ;
- des méningites séreuses traumatiques.

- des hémorragies intra-crâniennes sous forme de foyers hémorragiques multiples correspondant à un mécanisme de secousses. C'est « *le syndrome des enfants secoués* ». Le mobile crânien n'étant que peu soutenu dans les premiers mois de la vie, les secousses brutales de l'étage crânien encéphalique peuvent entraîner des ondes de choc à l'origine d'hémorragies intra-crâniennes dramatiques.

Les traumatismes lombaires et abdominaux :

- des hématomes retro péritonéaux avec hématurie après rupture capsulaire ou corticale du rein;
- une rupture splénique immédiate ou en deux temps ;
- un éclatement hépatique ;
- une désinsertion de la racine du mésentère.

Les lésions des organes génitaux :

Sont en règle associées à des lésions périnéales, pubiennes et de la face interne des cuisses témoignant d'un comportement sadique (cf. sévices sexuels).

Les lésions musculaires et nerveuses :

Sont dues à la suspension de l'enfant par un membre à un point fixe entraînant : un arrachement ligamentaire, une rupture musculaire, une élongation du plexus brachial.

1. Le siège de prédilection :

Ø *L'extrémité céphalique* : au niveau du cuir chevelu avec juxtaposition de plaies croûteuses, d'hématome, des plages d'alopecie dues a des arrachement de cheveux.

Ø *La face* :

- Des ecchymoses palpébrales et nasales avec effondrement de la cloison nasale ;

-Des lésions endobuccales ;

-Des décollements auriculaires avec surinfections du sillon.

Ø **Le tronc** : à la face postérieure, au niveau des lombes, et les fesses.

Ø **Les membres** : au niveau des mains et la région pré tibiale.

L'amélioration des signes cutanés par la simple soustraction de l'enfant de son milieu de vie assure un diagnostic parfois difficile.

1.2.Sévice par omission :

Ils peuvent exister seuls ou être associés à des lésions consécutives aux traumatismes directs. Cela concerne les troubles du développement et du comportement de l'enfant.

Il peut s'agir donc d'anomalies physiques telles que les hypotrophies ou de troubles du comportement ou des acquisitions intellectuelles.

Ø Les hypotrophies :

Sont secondaires à une insuffisance des apports alimentaires. Cette pathologie liée aux manques de soins ou à la négligence est expliquée tout à la fois par la privation nutritionnelle(l'enfant extrait de son milieu reprend du poids) et la carence affective(balancement, enfant trop craintif ou trop agité, ou se réfugiant trop rapidement dans les bras d'un adulte inconnu. Le médecin dispose pour juger d'un développement somatique harmonieux de tables auquel il peut se reporter pour comparer : taille, poids, périmètre crânien, périmètre thoracique... Ces états d'hypotrophies peuvent également s'accompagner de signes de négligences de soins telles que des atteintes dentaires, des maladies des phanères, des dermatoses inexplicables, des alopécies....

Ø Les troubles du comportement :

Après de l'aspect classique apathique et figé signant la peur, on peut également rencontrer des manifestations psychiques liées à la maltraitance différentes selon l'âge au moment du début des sévices,

variables selon la fréquence des violences et selon la durée, ces manifestations varient également selon les liens que peut avoir l'enfant avec l'abuseur ou celui qui le frappe.

Ainsi distingue t-on :

- Les troubles comportementaux : dépression, anxiété, hyperactivité, agressivité, conduite délinquante, hyper sexualité, tentative de suicide,
- Des troubles cognitifs : inattention, trouble de la mémoire, difficulté intellectuelle ou diminutions des performances scolaires.

L'enfant peut développer ces troubles du comportement lorsqu'il est l'objet de menaces verbales ou de marginalisation ou d'exigences excessives vis à vis de son âge ou encore de consignes contradictoires.

L'interprétation de ces troubles doit être faite avec discernement ; l'hospitalisation et la période d'observation qui s'ensuit sont, plus qu'ailleurs, nécessaires pour aboutir au diagnostic.

2.3. Sévices sexuels :

Il est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'estimait autrefois. Ces sévices sont définis de manière générale comme « *toute activité sexuelle imposée à un enfant de moins de 15 ans et pouvant être vécue comme une agression* » (avec ou sans violence, avec exploitation...).

Le premier examen a une importance capitale. Il doit être mené avec égard(cf. cours sur les agressions sexuelles)

Il se traduit par la présence de :

- plaies ou excoriations ;
- vulvites ou infections à répétition ;
- douleurs abdominales exprimées par l'enfant ;
- comportement modifié chez enfant, provocateur ou exhibitionniste chez un tout petit.

2.4. Cruauté mentale :

C'est l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologiques de son âge.

II. DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES :

1°. LEGISLATIONS REPRESSIVES:

a. 2°) Les violences physiques :

NATURE DE L'INFRACTION	QUICONQUE	PARENTS ET AUTORITE
SEVICES SIMPLES	1 à 5 ans + une amende(Art .269)	3 à 10 ans + amende(Art .272 al. 1)
SEVICES GRAVES	3 à 10 ans + amende(Art .270)	Réclusion à temps(Art. 272 al .2)
SEVICES TRES GRAVES	Réclusion à temps 10 à 20 ans (Art. 271 al .1)	Réclusion PERPETUELLE (Art. 272 al .3)
<ul style="list-style-type: none"> • Mutilation • Si Mort 	Max. Réclusion à temps	PEINE de mort
sans Intention De la donner	10 à 20 ans (Art .271 al .2)	MORT PEINE DE MORT
<ul style="list-style-type: none"> • Si Mort 	RECLUSION PERPETUELLE (Art. 271 al .3)	(Art. 272 al. 4)
Sans intention de la donner par pratique habituelle	RECLUSION PERPETUELLE (Art. 271 al. 4)	

<ul style="list-style-type: none"> • Meurtre 		
ou		
assassinat		

3°) les agressions sexuelles :

a. attentat à la pudeur :

Les articles 334 et 335 du CPA font référence aux attentats à la pudeur commis sur les mineurs de 16 ans, dont les peines d'emprisonnement peuvent aller de 5 à 10 ans à la réclusion à temps de 5 ans 10 ans.

Des circonstances aggravantes sont retenues contre les coupables ayant autorité sur l'enfant et dont la peine est portée à la réclusion à temps de 10 20 ans.

b. viol :

Le viol d'une mineur de 16 ans est puni à la réclusion à temps de 10 à 20 ans (article 336 art 2) en cas ou le coupable à autorité sur l'enfant, la peine est la réclusion perpétuelle (article 337).

2°. LEGISLATION PREVENTIVE :

A coté des peines appliquées au titre des articles du C.P.A, de nombreuses dispositions légales tentent de protéger au mieux l'enfant malheureux.

Actuellement les services des ministères de la justice, de l'intérieur et de la santé et de la population concourent étroitement à la protection de l'enfance en danger.

a. Action du médecin :

Tout médecin et en particulier le pédiatre est de part sa vocation même amène à examiner les enfants en situation de détresse physique et à donc le pouvoir de dépister toutes les manifestations physiques et/ ou psychologiques en rapport avec les mauvais traitements d'un enfant.

Une fois ce dépistage fait, il est tout d'abord conseillé au médecin de mettre l'enfant en observation en milieu hospitalier afin de la sécuriser et de conforter ce diagnostic puis en cas de confirmation de le signaler aux autorités compétentes .

Cette hospitalisation doit être non seulement le moyen de confirmer le diagnostic mais aussi d'apprécier la gravité des lésions et d'évaluer le contexte psychosocial de la famille.

Du point de vue légal, le signalement des sévices à enfants par le médecin est obligatoire comme énoncé en son art.206/3 de la loi relative à la protection et à la promotion de la santé stipule :

« Les praticiens doivent dénoncer les sévices sur enfants mineurs et personnes privées de liberté dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession » prolongé par l'art. 54 du code de déontologie médicale stipule :

« Quand le médecin, chirurgien dentiste, appelé auprès d'un mineur, ou d'une personne handicapée constate qu'ils sont victimes de sévices, d traitements inhumains, de privations, il doit en informer les autorités compétentes ».

Le signalement dans ce cas peut se faire selon deux modalités :

- Un signalement judiciaire auprès du procureur de la république ;
- Un signalement administratif auprès du délégué à la protection de l'enfance.

Il faut rappeler que le non-signalement qui serait responsable d'une évolution défavorable de l'état de santé de l'enfant maltraité peut tomber sous le coup de l'art.182 du C.P.A réprimant l'abstention fautive(non-assistance à personne en péril) d'une peine d'emprisonnement et d'une amende.

b. Action sociale :

L'enquête sociale peut s'ouvrir à la suite de signalements émanant de sources différentes :

- Les plaintes de l'enfant lui-même :

Dans ce cas, les dires de l'enfant doivent éveiller le doute sans pour autant entraîner l'inaction.

- Dénonciation par :

-l'entourage familial et le voisinage ;

-personnel des crèches ;

-écoles maternelles ;

-nourrice à la journée ;

- Service de police suite à une plainte ;
- Services sociaux :

-assistance sociale ;

-P.M.I.(lors de vaccination...)

- médecine scolaire ;

-pédiatries.

c. Action judiciaire :

Les situations évaluées qui présentent un danger ou un risque de danger pour l'enfant sont portées à la connaissance de Service de police suite à une information ou dénonciation procède à une enquête :

-soit intervient immédiatement en cas de danger de mort ;

-soit à la demande du magistrat(procureur chargé des mineurs) ;

C'est à lui qu'appartient le pouvoir décisionnel.

Il peut :

-classer le dossier sans suite ;

-décréter une ordonnance de placement provisoire en cas de danger immédiat ;

-demander une enquête complémentaire à la brigade des mineurs ou la gendarmerie ;

- saisir le juge des enfants ;

-éventuellement saisir le juge d'instruction, dans le cadre de procédures pénales ;