



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MALTRAITANCE DES ENFANTS **Y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger**

QUESTIONS / RÉPONSES

SOMMAIRE

Qu'est-ce que la maltraitance ?	3
La maltraitance est-elle un phénomène marginal ?.....	4
En cas de suspicion, quels sont les signes que le médecin doit rechercher ?.....	5
Comment réagir en situation d'urgence ?	6
Comment réagir en dehors des situations d'urgence ?	6
Quelle est la part de signalement émanant du secteur médical ?.....	7
Pourquoi cette part est-elle si faible ?	8
Le signalement est-il une obligation ?.....	9

Chiffres clés :

- ✓ 98 000 cas connus d'enfants et de jeunes majeurs de moins de 21 ans en danger en 2006¹
- ✓ 77 500 cas connus d'enfants en danger de moins de 15 ans, en 2006¹
- ✓ 38 % des enfants maltraités de moins de 15 ans ont moins de 6 ans¹
- ✓ Plus de 250 homicides de nourrissons de moins de 1 an, par an (estimation sur la période 1996-2000)²
- ✓ On compterait de 180 à 200 syndromes de bébé secoué chaque année en France³
- ✓ 3% des Français déclarent avoir été victimes d'inceste (5% des femmes / 1% des hommes)⁴

Dates clés :

- **20 novembre 1989**, l'ONU promulgue la Convention internationale des droits de l'enfant ratifiée par 193 Etats dont la France.
- **La loi du 5 mars 2007** réformant la protection de l'enfance a permis des avancées majeures.
 - Elle introduit la notion d' « information préoccupante », à distinguer de la procédure de signalement, et crée les Cellules de Recueil, d'évaluation et de traitement des Informations Préoccupantes (CRIP).
 - Elle ouvre ainsi la voie à la prévention, en proposant d'alerter les autorités administratives avant le stade de la maltraitance constituée.
 - Elle s'appuie, pour ces actions préventives, sur le secteur de la santé, notamment via l'entretien prénatal précoce et le repérage des signes d'alerte par les équipes de santé scolaire dans le cadre de bilans obligatoires.
 - Elle donne un cadre légal au partage d'informations concernant « les mineurs en danger ou risquant de l'être » et aménage ainsi le secret professionnel pour permettre de mettre en place des mesures de protection.

¹ Source, Odas, 2007

² Source, Anne Tursz *Les oubliés*, 2010, Seuil

³ Source, audition publique de la HAS, 2011

⁴ Source, *sondage de l'association AIVI/ IPSOS, 2009*

Qu'est-ce que la maltraitance ?

La maltraitance est définie par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) : « **Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé** sont en danger, ou si les conditions de son **éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social** sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice » (Article 375 du Code civil).

La notion de danger prime sur celle de maltraitance, ce qui a été réaffirmé par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui a ouvert, de ce fait, la porte à la prévention.

Les définitions couramment utilisées sont celles établies par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS). Deux sous catégories constituent celle des enfants en danger.

- Les enfants en risque de maltraitance : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.
- Les enfants maltraités : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violence psychologique, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

La maltraitance est-elle un phénomène marginal ?

Non. Au contraire la maltraitance est très fréquente et constitue un problème de santé publique majeur. A partir de la synthèse d'études menées dans des pays « à haut niveau de revenus » publiées par la revue britannique *The Lancet*, il a été estimé que 10% des enfants étaient probablement victimes de maltraitance dans ces pays (*Gilbert R et al*, 2009). Le constat de l'enquête de l'unité 750 de l'Inserm, enquête dirigée par Anne Tursz pendant une période de 5 ans (*Les oubliés*, 2010), est également accablant : le chiffre moyen annuel des homicides de nourrissons de moins de 1 an est d'au moins 250 *versus* 17 selon les statistiques de mortalité. Ce qui conduit, par extrapolation, à supposer qu'environ deux enfants succombent chaque jour du fait de mauvais traitements au sein de leur famille en France.

L'opinion publique considère trop souvent que la maltraitance des enfants est un phénomène rare touchant majoritairement des familles défavorisées. Or, les risques de la maltraitance existent dans toutes les classes sociales sans discernement.

Les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. Il s'agit essentiellement d'une pathologie de l'attachement qui doit normalement s'instaurer entre l'enfant et ses parents dès la naissance. La présence de la maltraitance dans toutes les classes sociales a été démontrée pour deux problèmes pour lesquels on dispose de données solides : les violences conjugales et le syndrome du bébé secoué. Dans l'enquête de l'unité 750 de l'Inserm, on a comparé des auteurs de secouement, pour leur catégorie socioprofessionnelle, à la population générale dont ils étaient issus (données du recensement de l'Insee) et on n'a constaté aucune différence entre les deux populations : même pourcentage de cadres supérieurs, d'employés, d'ouvriers... Dans cette même population de bébés secoués, 22 % étaient nés prématurément alors que le taux de prématurés sur l'ensemble des naissances en France était alors de 7,2%. La prématurité est un des principaux facteurs de risque de la maltraitance par les hospitalisations néo-natales qu'elle induit et l'éventuelle blessure narcissique des parents. Elle fait partie des grandes causes de difficulté d'attachement.

Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

- **Chez l'enfant** : la prématurité (souvent responsable d'une hospitalisation néonatale), des troubles du développement et/ou du comportement, le handicap.
- **Chez les parents** : tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (dépression du post-partum notamment), des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance, des violences conjugales, des addictions, l'isolement social et surtout moral, des troubles psychopathologiques.

En cas de suspicion, quels sont les signes que le médecin doit rechercher ?

La possibilité d'une maltraitance doit toujours être présente à l'esprit du médecin qui doit y penser lors de la consultation même devant des signes non spécifiques. Sont évocatrices de maltraitance les lésions traumatiques (ecchymoses, brûlures, fractures, etc.) pour lesquelles il y a une incohérence entre la lésion observée, l'âge, le niveau de développement de l'enfant et le mécanisme invoqué, ou pour lesquelles l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée. Parmi les signes comportementaux, le médecin doit s'intéresser aux troubles du sommeil, cauchemars, agressivité, comportement craintif, anorexie, boulimie, ... En fait il doit s'interroger face à toute modification du comportement habituel de l'enfant ou face à des parents qui parlent à la place de l'enfant, qui lui manifestent une indifférence notoire, ou le dénigrent ou adoptent une proximité inadaptée.

Lorsque le médecin suspecte une maltraitance, il doit réaliser un :

- ✓ **Examen clinique** complet de l'enfant dévêtu avec une mesure des paramètres de croissance, une évaluation du développement psychomoteur, un examen cutané (à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps), un examen des muqueuses, une palpation généralisée (à la recherche de signes de fractures ou d'hémorragie interne par atteinte viscérale [défense abdominale, douleur, masse...]), et une observation du comportement de l'enfant et de son entourage durant l'examen clinique.
- ✓ **Entretien avec l'entourage de l'enfant** en posant des questions ouvertes sans porter de jugement. L'objectif est de recueillir des informations concernant les antécédents médicaux personnels et familiaux, les événements de vie qui ont pu affecter l'enfant, le comportement habituel de l'enfant, l'environnement familial et la relation parents-enfant. Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.
- ✓ **Entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet** et avec son accord. L'entretien commencera par des questions d'ordre général, relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains. Il est recommandé de laisser l'enfant s'exprimer spontanément en privilégiant les questions ouvertes et en lui montrant qu'on croit sa parole. L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelles discordances entre les lésions observées et les explications données.
- ✓ **Un examen radiologique pourra être nécessaire**, certaines caractéristiques des fractures étant évocatrices de maltraitance.

Au terme de l'examen et de l'entretien, quand certains signes sont particulièrement alarmants (incohérences dans le récit, association de diverses lésions [ecchymoses, brûlures, morsures, griffures par exemple], cassure de la courbe de poids, tristesse ou agressivité de l'enfant), le médecin doit agir en fondant sa suspicion de maltraitance sur un faisceau d'arguments.

Le premier médecin alerté doit passer la main à l'hôpital le plus rapidement possible après avoir repéré le cas de maltraitance, tout particulièrement s'il exerce dans une zone isolée. Il doit adresser l'enfant à un interlocuteur connu, après communication téléphonique expliquant la situation. Il n'est pas enquêteur, son rôle se limite au repérage et au choix approprié des interlocuteurs suivants.

Comment réagir en situation d'urgence ?

Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter le procureur de la République, via le Tribunal de grande instance (TGI).

- **En cas d'urgence vitale**, le médecin doit appeler le Samu centre 15 pour le transfert de l'enfant à l'hôpital qui se chargera de faire le signalement.
- **En cas de danger médical important** (forte suspicion de maltraitance avec lésions sévères, comme des fractures), il doit organiser de façon concomitante l'hospitalisation et le signalement au procureur de la République, réalisé si possible par l'hôpital. Le médecin doit prévenir le senior des urgences et s'assurer de l'arrivée effective de l'enfant. Le Procureur de la République doit être informé par téléphone et le signalement doit lui être adressé par fax et courrier en gardant une copie.
- Quelle que soit la gravité sur le plan médical, **en cas de nécessité de mise à l'abri immédiate de l'enfant** (forte suspicion de maltraitance avec auteur présumé au domicile de l'enfant), il faut hospitaliser et signaler.

Comment réagir en dehors des situations d'urgence ?

Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en risque de danger, il est important que le médecin ne reste pas seul face au doute. Il doit se faire conseiller et la réflexion doit être si possible collégiale (travail en réseau incluant les médecins scolaire et/ou de PMI). Le Conseil national de l'ordre des médecins ou le conseil départemental, mais aussi le N° 119 (allo enfance maltraitée), le directeur de l'établissement scolaire de l'enfant, le pédiatre sont autant de personnes ou d'organismes qui seront à l'écoute en cas de doute du médecin.

Les situations non urgentes relèvent de la compétence du Conseil Général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » (IP) transmise à la CRIP par téléphone et fax et/ou courrier. La transmission d'une IP permet au département de mettre en place des actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

La CRIP, qui a également un rôle de conseil, doit donc être alertée dès que le médecin considère que la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger ou que les conditions de son éducation et de son développement global sont compromises.

« Une information préoccupante est constituée de tous les éléments y compris médicaux susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur le comportement de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur » (ONED)

➡ Différence entre « signalement » et « information préoccupante »

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance clarifie le partage des rôles entre le Conseil Général et l'administration judiciaire :

- **Les situations d'enfant en risque de danger** relèvent de la compétence du Conseil Général et doivent faire l'objet d'une « **information préoccupante** » à transmettre aux CRIP (cellules de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes).

- **Les situations d'enfant en danger** qui nécessitent une protection judiciaire doivent faire l'objet d'une saisine au **Procureur de la République**.

Quelle est la part de signalement émanant du secteur médical ?

La maltraitance commence le plus souvent de manière précoce. Or aux premiers âges de la vie, l'enfant est soumis à de nombreux examens médicaux (pour vaccinations, suivi de la croissance, du développement psycho-moteur...). Les professionnels de santé sont donc en première ligne pour détecter d'éventuelles violences et occupent une place centrale dans le dispositif de protection de l'enfance. Pourtant, la part du signalement venant du secteur médical est très faible. Seuls 2 à 5% des signalements seulement émanent du corps médical (Ordre des médecins, 2002).

Pourquoi cette part est-elle si faible ?

Les médecins connaissent mal les procédures de signalement auprès du Procureur de la République et de contact avec la CRIP du Conseil général.

Plusieurs facteurs viennent expliquer cette méconnaissance (source : thèse de Céline Gréco, *Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale. Base pour améliorer la formation*) :

- **Le manque de formation.** Les formations sur la maltraitance sont très peu présentes. Le module « Maltraitance et enfant en danger. Protection maternelle et infantile » est traité en une heure en six ans de formation dans la plupart des facultés.
- **Les barrières psychologiques.** Lorsque le médecin connaît la famille depuis longtemps, des liens de proximité et de confiance se sont noués. Il sera donc difficile pour le médecin d'envisager la maltraitance. La difficulté c'est aussi qu'on ne veut pas voir la maltraitance car elle est trop dérangeante, phénomène baptisé « l'aversion de voir » (Krugman RD et al, 2005).
- **La crainte d'un signalement abusif.** La plupart des médecins ont peur d'être responsable d'une dénonciation calomnieuse et d'encourir de possibles répercussions, (sociales ?) disciplinaires, voire pénales.
- **Le manque de confiance dans les services sociaux.** La crainte d'être à l'origine d'un « cataclysme » familial inquiète également les médecins qui pensent que le signalement aggravera la situation de l'enfant. Pour la plupart des médecins le signalement est une démarche qui va mettre en branle toute une machinerie judiciaire et administrative irréversible. Signaler une suspicion n'est pourtant pas une accusation mais la possibilité de mettre en place une enquête sociale et celle de protéger l'enfant.
- **L'appartenance à une même classe sociale.** Il est démontré que les médecins ne signalent pas ou très peu les cas dans lesquels les parents sont issus de leur propre classe sociale (Flaherty EG et al, 2004).
- **L'absence d'information en retour du signalement.** Une fois que le médecin a signalé le risque de maltraitance, il est rarement mis au courant de l'avenir de l'enfant. Le médecin a donc le sentiment de ne pas être intégré dans le suivi de l'enfant.

Le signalement est-il une obligation ?

Un professionnel de santé, comme n'importe quel citoyen a l'obligation de porter assistance à une personne en danger (article 223-6 du code pénal).

La position du médecin est toutefois un peu particulière car 1) il pense souvent qu'il peut se retrancher derrière l'obligation générale de ne pas violer le secret médical ; 2) l'article 44 du code de déontologie médicale stipule que « lorsqu'un médecin constate qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience. ».

Mais il ne s'agit pas là de brèches dans le dispositif juridique car l'obligation est celle de protéger l'enfant et nul n'y échappe. L'hospitalisation devient donc un outil de mise à l'abri de l'enfant et le signalement est incontournable, d'autant qu'en cas de sévices sur mineur, le secret médical est levé.

La dérogation légale au respect du secret médical met le médecin à l'abri de toute poursuite pénale pour violation du secret médical. Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de noms cités.

En revanche, un professionnel de santé qui aurait dû signaler un cas de maltraitance, mais ne l'a pas fait, est exposé à de lourdes peines :

- cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende en cas d'inculpation pour non-assistance à personne en danger (Art. 223-6 du code pénal),
- trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende en cas d'inculpation pour non-dénonciation de crimes (Article 434-1).

Les travaux de la Haute autorité de Santé sur la maltraitance

La nouvelle production de la HAS (fiche mémo) intègre ses précédents travaux sur les différents types de maltraitance et revient sur le rôle que les médecins doivent jouer .

➤ **2011 - Le syndrome du bébé secoué**

Le syndrome du bébé secoué est un problème de santé publique aux conséquences souvent irréparables : il provoque des lésions du système nerveux central graves et parfois fatales. Dix à quarante pourcents des bébés secoués meurent des suites de ce traumatisme crânien infligé (soit environ 200 décès par an), la majorité des autres conservent des séquelles graves à vie. Afin d'aider les professionnels de santé à mieux repérer et diagnostiquer ce syndrome, et de sensibiliser le grand public, une audition publique a été organisée en 2009. Celle-ci a abouti à la publication de critères pour la conduite du diagnostic et de la protection des enfants.

➤ **2011 - Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur**

Près de 2 millions d'adultes pourraient avoir été victimes d'un inceste pendant leur enfance alors que seulement 15 000 nouveaux cas de violences sexuelles sur mineur sont constatés chaque année. Un nombre considérable d'incestes ne seraient ni repérés ni signalés aux autorités en charge de la protection des victimes. La Haute Autorité de Santé a publié en 2011 des recommandations pour sensibiliser les professionnels de santé sur le repérage des victimes et les guider dans leurs démarches de signalement à la justice.

➤ **2011 - Certificat médical initial concernant une personne victime de violences**

La recommandation de bonne pratique poursuit trois objectifs :

- Expliquer le sens de la mission médico-légale du médecin, et ainsi améliorer et harmoniser les constatations médicales initiales et leur formalisation dans un certificat concernant toutes les victimes de violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques, quel que soit le médecin consulté.
- Améliorer la détermination de l'incapacité totale de travail.
- Rappeler aux médecins qu'ils ont toujours la possibilité d'orienter la victime qui se présente spontanément vers une structure médicalisée spécialisée.

➤ **2007 - Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)**

La « mort inattendue du nourrisson » est définie dans ce document comme « une mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir ». L'objectif de cette recommandation est de proposer à tous les professionnels concernés par le thème un protocole pour que la prise en charge en cas de mort inattendue d'un nourrisson soit standardisée, harmonisée entre les différents intervenants, efficace et homogène sur l'ensemble du territoire national, afin de réaliser un ensemble d'investigations pour déterminer la cause du décès ; améliorer la prise en charge et le suivi de la famille ; permettre de disposer de statistiques de mortalité fiables.