



HAL
open science

État des lieux des écrits de situations d'enfance en danger à l'HCE de Grenoble (analyse des informations préoccupantes et signalements judiciaires réalisés par les pédiatres hospitaliers entre 2012 et 2014)

Morgane Sonnet

► To cite this version:

Morgane Sonnet. État des lieux des écrits de situations d'enfance en danger à l'HCE de Grenoble (analyse des informations préoccupantes et signalements judiciaires réalisés par les pédiatres hospitaliers entre 2012 et 2014). Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01323602

HAL Id: dumas-01323602

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01323602v1>

Submitted on 30 May 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Avril 2016

**ETAT DES LIEUX DES ECRITS DE SITUATIONS
D'ENFANCE EN DANGER A L'HCE DE GRENOBLE**

**Analyse des informations préoccupantes et signalements judiciaires réalisés
par les pédiatres hospitaliers entre 2012 et 2014**

THESE

Présentée Pour l'obtention du Doctorat En Médecine

DES PEDIATRIE

Morgane SONNET

[Données à caractère personnel]

Directeur de thèse : Dr Anne Pascale MICHARD LENOIR

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE
GRENOBLE

Le 28 Avril 2016

Devant le jury composé de :

Président du Jury :

M. Le Professeur Dominique PLANTAZ

Membres du jury :

Mme Le Professeur Virginie SCOLAN

M. Le Docteur François PAYSANT

Mme Le Docteur Anne Pascale MICHARD LENOIR

Mme Le Docteur Isabelle WROBLEWSKI

Liste des Professeurs des Universités Praticiens Hospitaliers

Faculté de Médecine de Grenoble

PU-PH ALBALADEJO Pierre Anesthésiologie réanimation
PU-PH APTEL Florent Ophtalmologie
PU-PH ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine Chirurgie générale
PU-PH BALOSSO Jacques Radiothérapie
PU-PH BARONE-ROCHETTE Gilles Cardiologie
PU-PH BARRET Luc Médecine légale et droit de la santé
PU-PH BENHAMOU Pierre Yves Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH BERGER François Biologie cellulaire
MCU-PH BIDART-COUTTON Marie Biologie cellulaire
MCU-PH BOISSET Sandrine Agents infectieux
PU-PH BONAZ Bruno Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH BONNETERRE Vincent Médecine et santé au travail
PU-PH BOSSON Jean-Luc Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH BOTTARI Serge Biologie cellulaire
PU-PH BOUGEROL Thierry Psychiatrie d'adultes
PU-PH BOUILLET Laurence Médecine interne
MCU-PH BOUZAT Pierre Réanimation
PU-PH BRAMBILLA Christian Pneumologie
PU-PH BRAMBILLA Elisabeth Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH BRENIER-PINCHART Marie Pierre Parasitologie et mycologie
PU-PH BRICAULT Ivan Radiologie et imagerie médicale
PU-PH BRICHON Pierre-Yves Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH BRIOT Raphaël Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH CAHN Jean-Yves Hématologie
MCU-PH CALLANAN-WILSON Mary Hématologie, transfusion
PU-PH CARPENTIER Françoise Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH CARPENTIER Patrick Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH CESBRON Jean-Yves Immunologie
PU-PH CHABARDES Stephan Neurochirurgie
PU-PH CHABRE Olivier Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH CHAFFANJON Philippe Anatomie
PU-PH CHARLES Julie Dermatologie
PU-PH CHAVANON Olivier Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire

PU-PH CHIQUET Christophe Ophtalmologie

PU-PH CINQUIN Philippe Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

PU-PH COHEN Olivier Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

PU-PH COUTURIER Pascal Gériatrie et biologie du vieillissement

PU-PH CRACOWSKI Jean-Luc Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

PU-PH CURE Hervé Oncologie

PU-PH DEBILLON Thierry Pédiatrie

PU-PH DECAENS Thomas Gastro-entérologie, Hépatologie

PU-PH DEMATTEIS Maurice Addictologie

MCU-PH DERANSART Colin Physiologie

PU-PH DESCOTES Jean-Luc Urologie

MCU-PH DETANTE Olivier Neurologie

MCU-PH DIETERICH Klaus Génétique et procréation

MCU-PH DOUTRELEAU Stéphane Physiologie

MCU-PH DUMESTRE-PERARD Chantal Immunologie

PU-PH EPAULARD Olivier Maladies Infectieuses et Tropicales

PU-PH ESTEVE François Biophysique et médecine nucléaire

MCU-PH EYSSERIC Hélène Médecine légale et droit de la santé

PU-PH FAGRET Daniel Biophysique et médecine nucléaire

PU-PH FAUCHERON Jean-Luc Chirurgie générale

MCU-PH FAURE Julien Biochimie et biologie moléculaire

PU-PH FERRETTI Gilbert Radiologie et imagerie médicale

PU-PH FEUERSTEIN Claude Physiologie

PU-PH FONTAINE Éric Nutrition

PU-PH FRANCOIS Patrice Epidémiologie, économie de la santé et prévention

PU-PH GARBAN Frédéric Hématologie, transfusion

PU-PH GAUDIN Philippe Rhumatologie

PU-PH GAVAZZI Gaétan Gériatrie et biologie du vieillissement

PU-PH GAY Emmanuel Neurochirurgie

MCU-PH GILLOIS Pierre Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

MCU-PH GRAND Sylvie Radiologie et imagerie médicale

PU-PH GRIFFET Jacques Chirurgie infantile

PU-PH GUEBRE-EGZIABHER Fitsum Néphrologie

MCU-PH GUZUN Rita Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique

PU-PH HAINAUT Pierre Biochimie, biologie moléculaire

PU-PH HENNEBICQ Sylviane Génétique et procréation
PU-PH HOFFMANN Pascale Gynécologie obstétrique
PU-PH HOMMEL Marc Neurologie
PU-PH JOUK Pierre-Simon Génétique
PU-PH JUVIN Robert Rhumatologie
PU-PH KAHANE Philippe Physiologie
PU-PH KRACK Paul Neurologie
PU-PH KRAINIK Alexandre Radiologie et imagerie médicale
PU-PH LABARERE José Epidémiologie ; Eco. de la Santé
PU-PH LANTUEJOUL Sylvie Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH LAPORTE François Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH LARDY Bernard Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH LARRAT Sylvie Bactériologie, virologie
PU-PH LECCIA Marie-Thérèse Dermato-vénérologie
PU-PH LEROUX Dominique Génétique
PU-PH LEROY Vincent Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH LETOUBLON Christian Chirurgie générale
PU-PH LEVY Patrick Physiologie MCU-PH LONG Jean-Alexandre Urologie
PU-PH MACHECOURT Jacques Cardiologie
PU-PH MAGNE Jean-Luc Chirurgie vasculaire
MCU-PH MAIGNAN Maxime Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH MAITRE Anne Médecine et santé au travail
MCU-PH MALLARET Marie-Reine Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH MARLU Raphaël Hématologie, transfusion
MCU-PH MAUBON Danièle Parasitologie et mycologie
PU-PH MAURIN Max Bactériologie - virologie
MCU-PH MCLEER Anne Cytologie et histologie
PU-PH MERLOZ Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH MORAND Patrice Bactériologie - virologie
PU-PH MOREAU-GAUDRY Alexandre Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH MORO Elena Neurologie
PU-PH MORO-SIBILOT Denis Pneumologie
MCU-PH MOUCHET Patrick Physiologie
PU-PH MOUSSEAU Mireille Cancérologie
PU-PH MOUTET François Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH PACLET Marie-Hélène Biochimie et biologie moléculaire

PU-PH PALOMBI Olivier Anatomie
PU-PH PARK Sophie Hémato - transfusion
PU-PH PASSAGGIA Jean-Guy Anatomie
PU-PH PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François Anesthésiologie réanimation
MCU-PH PAYSANT François Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH PELLETIER Laurent Biologie cellulaire
PU-PH PELLOUX Hervé Parasitologie et mycologie
PU-PH PEPIN Jean-Louis Physiologie
PU-PH PERENNOU Dominique Médecine physique et de réadaptation
PU-PH PERNOD Gilles Médecine vasculaire
PU-PH PIOLAT Christian Chirurgie infantile
PU-PH PISON Christophe Pneumologie
PU-PH PLANTAZ Dominique Pédiatrie
PU-PH POIGNARD Pascal Virologie
PU-PH POLACK Benoît Hématologie
PU-PH POLOSAN Mircea Psychiatrie d'adultes
PU-PH PONS Jean-Claude Gynécologie obstétrique
PU-PH RAMBEAUD Jacques Urologie
MCU-PH RAY Pierre Génétique
PU-PH REYT Émile Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH RIALLE Vincent Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH RIGHINI Christian Oto-rhino-laryngologie
PU-PH ROMANET J. Paul Ophtalmologie
MCU-PH ROUSTIT Matthieu Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH ROUX-BUISSON Nathalie Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH SARAGAGLIA Dominique Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH SATRE Véronique Génétique
PU-PH SAUDOU Frédéric Biologie Cellulaire
PU-PH SCHMERBER Sébastien Oto-rhino-laryngologie
PU-PH SCHWEBEL-CANALI Carole Réanimation médicale
PU-PH SCOLAN Virginie Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH SEIGNEURIN Arnaud Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH STAHL Jean-Paul Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH STANKE Françoise Pharmacologie fondamentale
MCU-PH STASIA Marie-José Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH TAMISIER Renaud Physiologie

PU-PH TERZI Nicolas Réanimation

PU-PH TONETTI Jérôme Chirurgie orthopédique et traumatologie

PU-PH TOUSSAINT Bertrand Biochimie et biologie moléculaire

PU-PH VANZETTO Gérald Cardiologie

PU-PH VUILLEZ Jean-Philippe Biophysique et médecine nucléaire

PU-PH WEIL Georges Epidémiologie, économie de la santé et prévention

PU-PH ZAOUI Philippe Néphrologie

PU-PH ZARSKI Jean-Pierre Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

REMERCIEMENTS

Au Professeur Dominique PLANTAZ,
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

Au Professeur Virginie SCOLAN,
Vous avez accepté de faire partie des membres de ce jury.
Recevez ici l'expression de mes remerciements sincères.

Au Docteur François PAYSANT,
Vous avez accepté de participer à ce jury, soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Anne Pascale MICHARD LENOIR,
Tu as accepté de diriger mon travail, avec toute ta disponibilité et bons conseils. Un grand merci pour ton encouragement tout au long de cette thèse.

Au Docteur Isabelle WROBLEWSKI,
Tu as accepté de faire partie des membres de ce jury et m'a beaucoup appris dans le domaine de la Réanimation Pédiatrique. Un grand merci pour ton encouragement dans cette voie et pour tes conseils.

A toutes les personnes, Docteurs ou autre, qui m'ont permis de recueillir mes données, de m'aider dans mes démarches et ainsi m'ont permis de réaliser ce travail, en particulier M. Patrick PICHOT et Mme Christine MILLET.

A mes parents, Dominique et Sylvie, qui m'ont toujours soutenue pendant toutes ces années et encouragé dans cette voie. Depuis ma première année de médecine à cette dernière année d'étude, vous avez été présents, dans les bons comme les mauvais moments, malgré la distance et les difficultés. Je vous serez éternellement reconnaissante, avec tout mon amour.

A mes grands-parents, qui m'ont aussi toujours apporté soutien et amour pour réussir ces années de travail.

A ma petite sœur et mon petit frère, qui m'ont supporté et soutenu à leur manière, par des fous rires et des mots touchants.

A tous mes co-internes, pour m'avoir supporté, tant appris et tellement soutenus dans les hauts et les bas de la vie hospitalière, en particulier Alexa, Cyril, Flavie, Mélanie, Mélissa, Claire-Sophie, Marie ... et tous ceux que j'oublie !

A tous les médecins que j'ai rencontrés, avec qui j'ai travaillé et surtout auprès de qui j'ai tout appris.

A mes amis de Bretagne et Grenoble, merci d'être présents et de me donner le sourire à chaque rencontre ! Un grand merci à mes amies de toujours : Judith, Agnès et Marie, qui n'ont jamais cessé d'être présentes par la pensée, malgré la distance. De même à mes amis de Grenoble qui me rendent la vie plus douce.

A Benjamin, qui m'a épaulée et supportée dans ces deux dernières années, avec complicité, écoute et amour.

Table des matières

I.	Introduction	10
A.	Historique	11
B.	Les lois.....	12
II.	L'enfance en danger à ce jour	14
A.	Les formes de danger.....	15
B.	Les caractéristiques des lésions:	16
C.	Les facteurs de risque	17
D.	Les conséquences:	19
E.	Le repérage et la déclaration.....	21
F.	Epidémiologie	25
1.	Dans le monde :	25
2.	En France	25
III.	Problématique.....	28
A.	Est-ce mon rôle ?	29
B.	Quels enfants sont signalés ?.....	29
C.	A quoi ça sert ?	30
IV.	Matériel et Méthodes.....	31
V.	Résultats	34
A.	Type de signalement:.....	36
B.	L'âge des enfants signalés:	37
C.	Formes de danger.....	40

D.	Fratrie.....	42
E.	Service de signalement :.....	43
F.	Facteurs de risque :.....	45
G.	Nombre de consultations antérieures au PU et suivi antérieur spécifique:	47
H.	Durée d'hospitalisation :.....	48
I.	Suivi donné aux informations préoccupantes :	49
VI.	Discussion	51
A.	Le rôle de tout médecin	52
B.	Caractérisation des situations signalées.....	56
1.	IP ou SJ ?	56
2.	Age des enfants signalés	56
3.	Type de maltraitance et son évolution	57
4.	Fratrie	60
5.	Services de signalement :.....	61
6.	FDR:.....	62
7.	Consultations antérieures aux urgences :.....	64
C.	L'objectif du signalement.....	65
VII.	Conclusion.....	67
VIII.	Annexes	72
A.	Liste des abréviations	73
B.	Liste des Figures	74
IX.	Bibliographie.....	76

I. Introduction

A. Historique

Ce n'est qu'à partir du 19^{ème} siècle que des médecins vont s'intéresser à la maltraitance des enfants, prenant conscience que ces actes de violences physiques ou morales ont des conséquences graves sur ces enfants et adultes en devenir (1).

Le Dr CAFFEY, radio pédiatre américain, décrira en 1946 l'association entre des fractures de membres et hématomes sous duraux, dans le cas de traumatismes provoqués (2).

Le Dr SILVERMAN mettra en évidence en 1953 l'aspect radiologique spécifique de lésions osseuses multiples et d'âges différents permettant d'évoquer une maltraitance (3).

Finalement, c'est le Dr Henry KEMPE (1922-1984, allemand), pédiatre, qui définira en premier la terminologie et les concepts faisant référence à la maltraitance avec, en particulier, en 1962, la publication d'un article: "The Battered Child Syndrome", dans le JAMA, portant sur l'identification et la reconnaissance de la maltraitance par la communauté médicale (Figure 1). Etant parti de l'observation que de nombreux enfants qui lui étaient adressés présentaient des blessures non compatibles avec l'hypothèse imputée au traumatisme, il a réalisé des clichés radiographiques qui ont permis d'identifier des anomalies squelettiques ou fractures directement causées par des actes de violence physique ou des négligences.

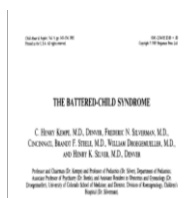


Figure 1: Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. By C. Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller, and Henry K. Silver(4).

Ensuite, il faudra attendre les années 1980 avant de prendre en considération les situations d'abus sexuel et les années 1990 pour reconnaître les violences psychologiques (1).

« Regarder l'enfant comme une personne ayant sa valeur propre et comme un être plein de potentialité, dont il faut s'efforcer de connaître la nature et les besoins. »

Jean Jacques Rousseau, 1712-1778

B. Les lois

Au cours du XXème siècle, un intérêt a été marqué pour les enfants, leurs droits et leur développement personnel avec de nombreuses lois rédigées, depuis la Convention internationale des Droits de l'Enfant par l'ONU en 1989 (ratifiée par la France en 1990), jusqu'à la dernière loi (2007-993) du 5 mars 2007 (Tableau 1). Cette dernière loi vise à réorganiser et améliorer la Protection de l'enfance et c'est sur celle-ci que reposent les dernières recommandations de l'HAS d'octobre 2014.

Tableau 1: les différentes lois rédigées sur la protection de l'enfance, aux niveaux national et international.

International	<p>Convention des droits de l'enfant ONU - 1989</p> <p>Protection de l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié</p>
	<p>ODAS- 2001</p> <p>définition des mauvais traitements à l'égard des enfants compromettant leur santé, sécurité, moralité, éducation et / ou développement</p>
National	<p>Code de action sociale et des familles Code Civil</p> <p>protection des enfants en risque de danger ou en danger, danger portant sur la santé, la sécurité, la moralité, la sécurité, la compromission de son éducation, son développement physique, affectif, intellectuel ou social</p>
	<p>Loi du 5 mars 2007</p> <p>notion d'information préoccupante = information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du Conseil Général sur la situation d'un mineur pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité, son développement, son éducation, ou sa moralité soit en danger</p>

De cette dernière loi, le concept de maltraitance est remplacé par **enfance en danger**, regroupant ainsi les enfants maltraités et les enfants à risque de maltraitance. La définition de la maltraitance est fondée à partir de la description des besoins fondamentaux de l'enfant ; ce

qui constitue le danger, c'est alors la négligence et le non-respect de ses besoins, par toutes les conduites susceptibles de retentir sur l'état général d'un enfant, que ce soit par leur violence ou leur répétition. Le terme d'enfance en danger ouvre ainsi la voie à la prévention, intervenant avant des faits de maltraitance constituée, comprenant l'ensemble des enfants en risque et des enfants maltraités. Nous reviendrons plus tard sur ce qu'implique cette loi en termes d'organisation de prise en charge des situations d'enfance en danger.

D'autre part, la loi impose aux professionnels de signaler les enfants en danger, avec un article sur la levée du secret professionnel.

« L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant. » Loi n°2007-293 du 5 mars 2007(5)

II. L'enfance en danger à ce jour

A. Les formes de danger

Les formes de danger imputées à des situations de maltraitance sont ainsi répertoriées en quatre types (6):

- La **violence physique** : blessures ou autres sévices corporels subis par l'enfant, non accidentels ;

- La **négligence** ou carence de soins : par privation ou défaut de soins ; lorsque le rôle parental à fournir un environnement approprié au développement de l'enfant par l'éducation, la nutrition, l'affectif ou les conditions de vie, est compromis ;

- La **violence psychologique** : par le fait de défailir à un environnement approprié au développement émotionnel de l'enfant et à ses capacités d'intégration psychologique (humiliation, menaces répétées, dévalorisation systématique...) ;

- Les **sévices sexuels** : « toute participation d'un enfant à des activités sexuelles qu'il n'est pas capable de comprendre, inappropriées à son âge et son développement psychosexuel, sous la contrainte par la violence ou la séduction » (1).

Le syndrome de Münchhausen par procuration est dans certaines littératures considéré comme une forme de danger à part entière. Il se définit comme la déclaration mensongère ou la provocation de symptômes chez l'enfant par le parent maltraitant.

Un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs de ces formes de mauvais traitements (7).

A noter que d'après une étude de Gilbert R. en 2009, plus de 80% des mauvais traitements serait infligés par les parents, mise à part la maltraitance sexuelle (8). La famille est le lieu où s'exercent la grande majorité des violences envers les enfants.

B. Les caractéristiques des lésions:

Précocité, gravité et chronicité sont les grandes caractéristiques de la maltraitance (9).

D'après l'HAS (7), plusieurs situations doivent faire rechercher une enfance en danger:

- une **anamnèse discordante**, divergente, évasée ou non connue, ou une explication non compatible entre une lésion et l'âge de l'enfant ;

- un **retard de recours aux soins**, une errance médicale, une surveillance inadaptée ;

- des **lésions suspectes** :

■ Ecchymoses : lésion la plus fréquente dans les suspicions de violences physiques (10), retrouvés dans 40 à 80% des cas (1),

■ Brûlures,

■ Morsures,

■ Douleurs abdominales chroniques ou lésions intra buccales dans les abus sexuels,

■ Fractures : seconde lésion la plus fréquente (10), 10 à 45% (1).

Ces lésions sont suspectes lorsqu'elles sont improbables (hématomes avant l'âge d'acquisition de la marche) ou multiples (syndrome de Silverman, défini comme l'observation de plusieurs fractures caractéristiques : arrachements métaphysaires, décollements périostés, et d'âges différents) ;

- un **changement de comportement** chez l'enfant, non attendu et non expliqué par une cause de stress autre (opposition soudaine, isolement, agressivité inhabituelle, accès de colère, troubles du sommeil) ;
- une **interaction parents-enfants défailante** : rejet, exposition à des expériences traumatisantes (incluant ainsi les violences conjugales ou utilisation de l'enfant comme objet de manipulation dans les disputes), minimalisation de la souffrance ;
- une **négligence**, définie comme la défailance à subvenir aux besoins physiques ou émotionnels, aux soins médicaux ou à l'éducation de l'enfant (absence de suivi médical, incurie, malnutrition) ; forme de danger à part entière ;
- **le syndrome du bébé secoué (SBS)**, cause majeure de décès secondaires à des mauvais traitements. Le SBS est un traumatisme crânien infligé par secouement. Il est observé chez des nourrissons de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois. Le taux de récurrence du secouement est élevé, jusqu'à 50 % des cas. La nouvelle terminologie remplace ce terme par les Traumatismes Crâniens Non Accidentels et de nouvelles recommandations HAS sont en cours de rédaction (11).

Il en ressort que le très jeune enfant est tout particulièrement vulnérable.

C. Les facteurs de risque

Ces facteurs de risque (FDR), validés actuellement par l'HAS, sont habituellement séparés en deux groupes : ceux liés aux parents et ceux liés à l'enfant (9).

Les FDR liés aux parents sont les antécédents parentaux personnels de maltraitance (sévices physiques ou abus sexuel dans l'enfance), le jeune âge maternel, une psychopathologie parentale (consommation de toxiques, antécédents psychologiques ou

psychiatriques), la conjugopathie (famille monoparentale (10), séparation, conflits de couple, violences intra-conjugales), une maladie chronique invalidante chez l'un des parents et la précarité au sens large (isolement social, revenus insuffisants, difficultés économiques ou socio-familiales).

Ceux liés à l'enfant sont le jeune âge (moins de 3 ans, qualifié de FDR majeur), les troubles du comportement chez l'enfant (agressivité, retard mental, pleurs incessants), une séparation néonatale (prématurité ou autre cause de discontinuité des soins maternels durant la première année, trouble de la relation précoce), une maladie chronique et le handicap.

En pratique, les facteurs de risques de maltraitance résultent du **décalage entre les demandes et besoins de l'enfant et les capacités et possibilités des parents à percevoir et satisfaire ses besoins**. Une identification précoce de tels facteurs, doublée d'une intervention rapide, pourrait limiter le risque de dégradation vers des faits de maltraitance.

Un des FDR majeur à identifier est l'absence d'installation du lien d'attachement entre les parents et le bébé à la naissance, notamment dans les cas de prématurité (12), et ceci indépendamment de l'âge maternel et de son niveau socio-économique d'après une étude de Spencer en 2006 (13).

D'autre part, bien que la précarité soit définie comme un facteur de risque, la maltraitance chez l'enfant existe dans toutes les classes sociales, les facteurs psycho-affectifs prédominant sur les facteurs socioéconomiques (12).

Selon l'article de Boubil M. en 2008, la conjugopathie parentale est un élément aggravant sinon causal de la maltraitance infantile (14). Dans un article, Levert I. explique que l'exposition aux violences conjugales est à elle seule une forme de maltraitance de type psychologique, par l'angoisse et la dévalorisation qu'elle génère (15).

Le repérage et l'identification de ces facteurs de risque, n'a pas pour objectif de stigmatiser les parents mais de les aider lorsque les conditions sont défavorables et prévenir la dégénérescence vers de véritables situations dangereuses pour leurs enfants.

Dans certaines études, ajoutées aux facteurs de risques, sont évoqués des circonstances favorisantes : modification du statut matrimonial, perte d'emploi, changement de domicile fréquent, retour en famille d'enfants placés ...

D. Les conséquences:

Les conséquences à long terme de la maltraitance dans l'enfance n'ont fait l'objet que de très peu d'ouvrages français à la différence de nombreuses études anglophones où sont définis deux types de conséquences imputables aux situations de maltraitance:

- des conséquences physiques :

soit directement liées aux violences : crises d'épilepsies séquellaires à des traumatismes crâniens non accidentels ou troubles visuels secondaires à des hémorragies rétiniennes dans les cas de syndrome de bébé secoué,

soit des troubles somatiques secondaires comme l'hypertension artérielle (HTA), l'obésité ou encore des pathologies cancéreuses, décrits dans quelques études (16). En effet, il a été démontré que les enfants ayant eu des fractures osseuses seraient plus à risque de développer des cancers (17). Une autre étude en 2010 décrivait même que le principal déterminant de la santé à 55 ans était d'avoir subi des violences dans l'enfance (18)! Des études récentes ont ainsi prouvé des modifications neuro biologiques et atteintes endocriniennes suite à des violences dans l'enfance (19).

- des **conséquences psycho-affectives**, parfois graves, du fait de la fragilité et la grande dépendance des enfants, et souvent moins connues bien qu'elles atteignent une prévalence de 50 à 60% après des violences physiques et 80% après des abus sexuels (19). Sont identifiés : les syndromes de stress post traumatique, les comportements de mises en danger personnelles ou abus de toxiques (20, 21), les troubles anxio-dépressifs jusqu'aux comportements antisociaux ou délictueux à l'âge adulte (22). On peut noter que selon l'OMS en 2010, la principale cause pour infliger des violences est d'en avoir déjà subi (19).

Ces conséquences sont influencées par l'âge de l'enfant au moment du danger et du type de maltraitance, de sa fréquence et durée d'exposition. Il n'existe pas de de corrélation entre la gravité des lésions et leurs conséquences psychologiques (Figure 2).

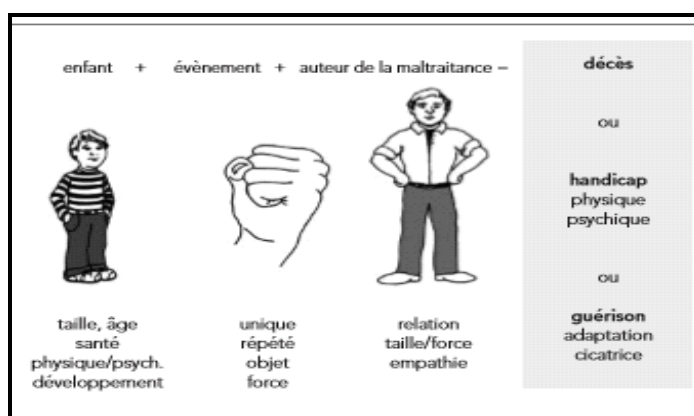


Figure 2: Conséquences de la maltraitance infantile et facteurs qui la conditionnent (23)

« Il est plus facile de créer des enfants solides que de réparer des adultes brisés. »

F. Douglass, 1818-1895

E. Le repérage et la déclaration

On peut rappeler que selon le Code Pénal (article 62, alinéa 2), il est obligatoire « à quiconque ayant eu connaissance de sévices ou de privations infligés à des mineurs de moins de 15 ans, d'en informer les autorités administratives ou judiciaires. » De plus, selon le code de Déontologie Médicale, « le secret médical est levé en cas de sévices ou privations sur mineur. »

La loi du 5 mars 2007 regroupait trois objectifs principaux (9):

- renforcer la prévention (par l'intermédiaire de la consultation du 4ème mois de grossesse, les visites à domicile les premiers jours de vie),
- réorganiser les procédures de signalement par l'intermédiaire notamment de la mise en place des Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), afin d'améliorer la circulation de ces informations entre les acteurs de la protection de l'enfance,
- et diversifier les modes de prise en charge des enfants avec différentes possibilités d'accueil.

De cette loi, en a découlé une organisation avec comme fil rouge: **l'information préoccupante (IP)**. L'IP est un écrit transmis à la CRIP départementale pour alerter sur la situation d'un enfant pouvant laisser craindre que les devoirs parentaux définis par les lois précédentes ne soient pas respectés. Elle peut être rédigée par tout personnel intervenant auprès des enfants (que ce soit dans les hôpitaux ou dans les cabinets libéraux, dans les secteurs de l'éducation nationale, les collectivités locales ou les associations) ou par un particulier, inquiet de la situation d'un enfant, qu'elle soit jugée à risque ou maltraitante avérée. Elle peut être considérée comme l'évolution du signalement administratif appelé ainsi

avant la loi de 2007. Elle comporte tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur est en situation de danger.

L'IP est alors renvoyée depuis la CRIP vers la direction territoriale (appartenant à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance)) relative à la ville d'adresse de l'enfant (Direction territoriale du Conseil Général géographiquement compétente) où sont effectuées une primo-évaluation collégiale, une qualification de l'IP (fondée ou non) et une organisation de stratégie évaluative (plan d'action avec mandatement de travailleurs sociaux). Une évaluation pluridisciplinaire est ensuite réalisée par une équipe composée d'un chef de service de l'Action Sociale (assistant social), d'un chef de service de l'ASE (éducateur ou travailleuse sociale) et d'un chef de service PMI (membre du corps médical, puéricultrice le plus souvent) afin d'évaluer l'environnement de l'enfant (famille, habitat, école, médecin traitant...). Cette enquête peut durer jusqu'à 3 mois et permet d'évaluer les autres enfants vivant au domicile, d'autant plus que, d'après une étude de Hamilton-Giachristis en 2005, une situation préoccupante pour un enfant l'est à 72% pour la fratrie (24).

A la fin de cette enquête, le rapport d'évaluation est de nouveau étudié par une équipe composée de ces trois acteurs principaux (Cellule Territoriale de Traitement des IP), elle décidera de la mise en place de mesures : soit des mesures administratives, avec l'accord des familles, par la mise en place de différents dispositifs, soit des mesures judiciaires, imposées à la famille, avec une orientation vers le procureur de la République (Figure 3).

Ces mesures administratives peuvent être :

- Avec l'objectif de prévention primaire : Protection Maternelle et Infantile (PMI), action sociale (par des assistants sociaux) et / ou prévention spécialisée par travailleurs sociaux,

- Avec aide à domicile : aides financières, actions de Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF : interventions éducatives autour des actes de la vie quotidienne), aide éducative à domicile (AED : travail éducatif sur les relations intra familiales) et / ou Accompagnement en économie sociale et familiale (accompagnement budgétaire)

- Avec un dispositif d'accueil : accueil provisoire dans des familles ou établissement d'accueil, lieu de vie ou encore parrainage.

Lorsque la situation paraît trop dangereuse avec nécessité de protection juridique immédiate et / ou acte relevant d'une qualification pénale, le médecin ou autre observateur de la situation, peut directement faire appel au Procureur de la République, par un écrit envoyé directement à l'instance juridique, appelé **signalement judiciaire** (SJ). De même, à tout moment de son évaluation, la Direction Territoriale en charge d'une information préoccupante peut en aviser le Procureur de la République (en cas d'impossibilité d'évaluation de la situation de l'enfant, d'impossibilité ou échec d'intervention sociale ou en cas de gravité de la situation (19))

Lors de la déclaration d'une situation, il est important de garder une attitude de non jugement. **L'information aux parents est obligatoire** (7).

Une hospitalisation peut parfois être nécessaire pour permettre une évaluation de la situation avant de la signaler. La décision d'hospitaliser dépend de la gravité de la situation, de l'urgence à mettre un enfant hors d'un danger immédiat, du délai de prise en charge ou de la nécessité de surveillance. Il est rarement possible de conclure à une maltraitance avérée dans les premières heures d'une consultation, d'où la nécessité d'une évaluation complète et prolongée, réalisée dans notre système par la CRIP après signalement.

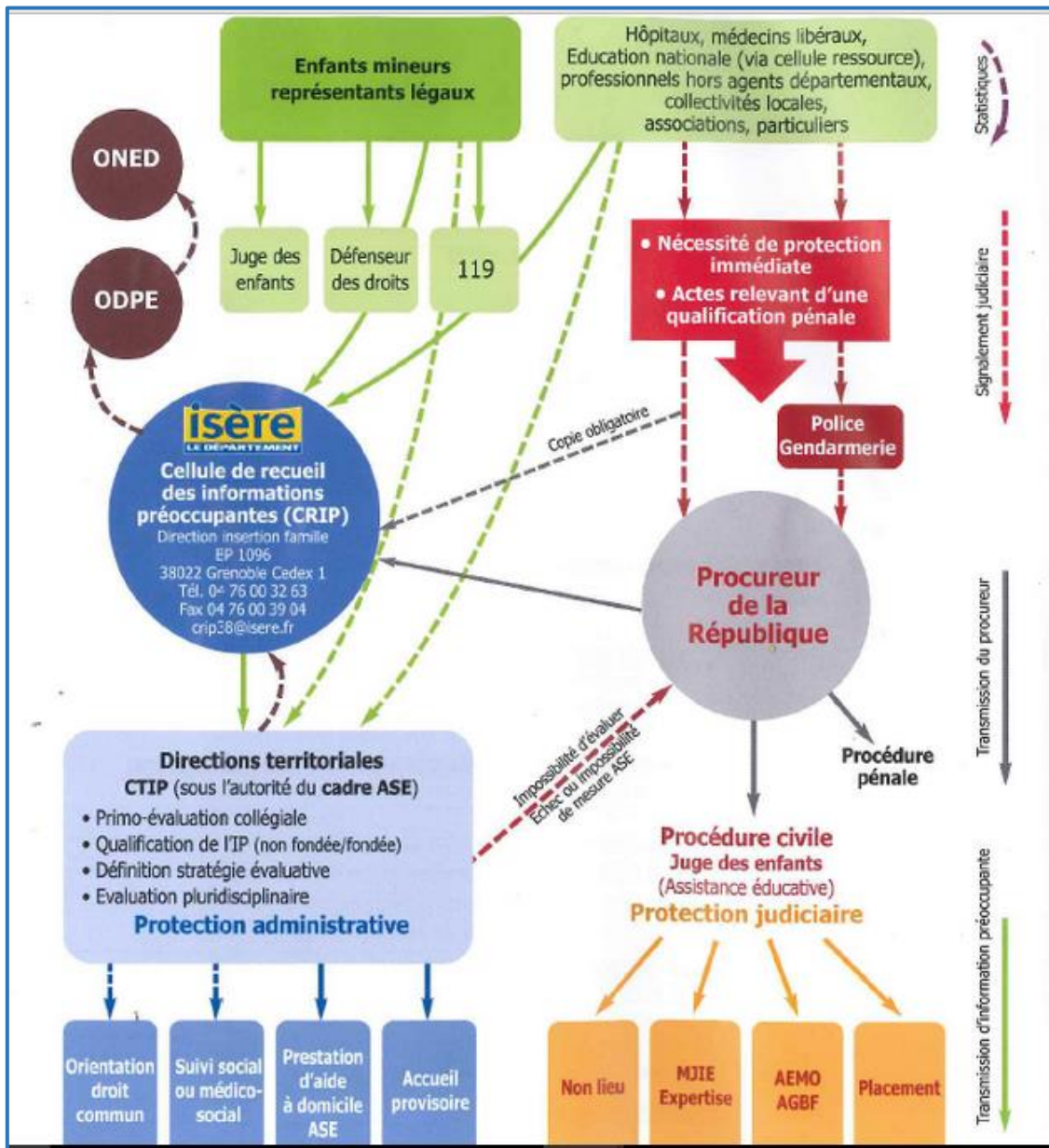


Figure 3: Schéma de transmission, de traitement et d'évaluation des IP (CRIP Isère).

« Le signalement est le fait de porter à la connaissance de l'autorité judiciaire un certain nombre d'informations relatives à un mineur, laissant présumer l'existence d'une situation de nature à compromettre sa sécurité physique et morale. » (25)

F. **Epidémiologie**

1. Dans le monde :

Selon les sources de l’OMS, environ **40 millions d’enfants** seraient victimes de maltraitance dans le monde chaque année. Cette même organisation relate pour la zone Europe, une prévalence de 22.9% de maltraitance physique infantile et 29.1% de maltraitance psychologique (26).

Selon une revue de la littérature anglaise de Gilbert R. en 2009, la prévalence annuelle, dans les pays dits à haut revenus, de maltraitance physique serait de 4 à 16% et **un enfant sur 10** serait victime de négligence ou de violence psychologique (8).

2. En France

La maltraitance des enfants est un véritable problème de Santé Publique, bien que sa fréquence reste méconnue en France selon les définitions utilisées (12). Très peu de données statistiques et épidémiologiques fiables sont disponibles dans notre pays, la littérature scientifique française est quasi inexistante comparée à celle anglophone et une extrapolation est difficile alors que les cadres législatifs et les facteurs de risque sont propres à chaque pays (23). Les estimations sont à interpréter avec prudence, variant considérablement selon les pays, les cadres juridiques et les méthodes statistiques utilisées (5).

Selon l’HAS, 98 000 cas d’enfants et jeunes de moins de 21 ans en danger ont été recensés en 2006 en France, dont 77 500 de moins de 15 ans et 29 450 de moins de 6 ans (27).

Selon l’ODAS (Observatoire de l’Action Sociale Décentralisée), les enfants en danger représentent 2,7 à 11,8 pour 1000 en 2006 (28) avec **98 000 signalements** cette même année (Figure 4Figure 5).

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000
Enfants en risque	64 000	65 000	65 500	67 500	67 500	71 000	76 000	77 000	79 000
Total	83 000	83 500	83 800	85 500	86 000	89 000	95 000	97 000	98 000

Source Odas 2007

Figure 4: Evolution du nombre d'enfants signalés en France entre 1998 et 2006 (28)

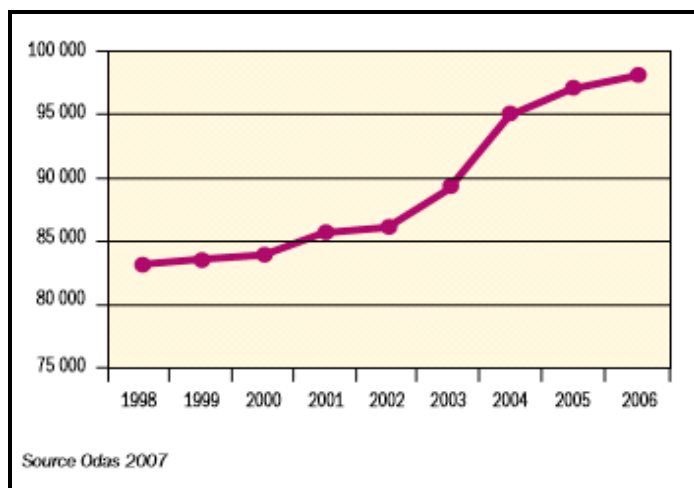


Figure 5: Evolution du nombre d'enfants signalés entre 1998 et 2006 (28).

Selon l'ONED (Observatoire National de l'Enfance en Danger) qui regroupe les données de l'ASE, en France, 284 000 mineurs ont été pris en charge par la protection de l'enfance en 2012. Selon cette même organisation, le nombre d'IP a augmenté jusqu'à 30% selon les départements entre 2007 et 2010.

Plus récemment, la CRIP de l'Isère annonçait en 2014 une augmentation majeure du nombre d'enfants concernés par une IP depuis 2011 (Figure 6).

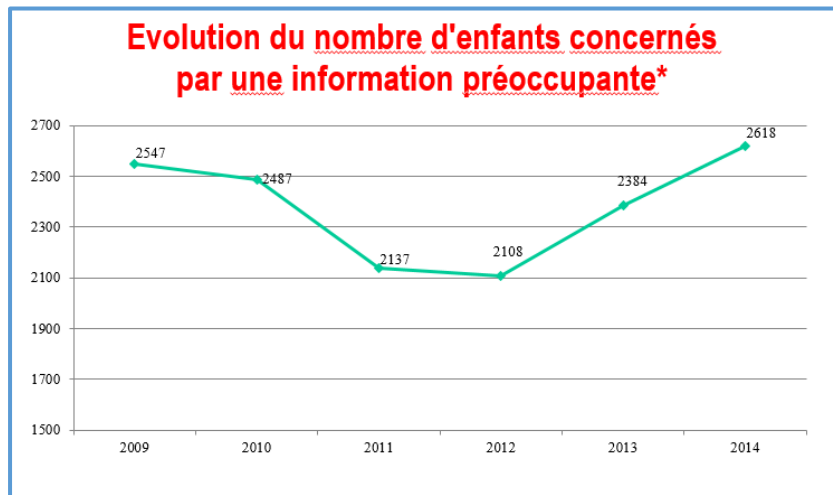


Figure 6: Evolution du nombre d'enfants concernés par une information préoccupante (CRIP de l'Isère, 2014)

Cette augmentation est sans doute imputable à la prise de conscience de la gravité des conséquences de la maltraitance et d'une plus grande vigilance des différents acteurs impliqués dans cette prise en charge, suite à la dernière loi du 5 mars 2007.

D'autre part, jusqu'à 50% des enfants retournant dans leur famille sans prise en charge particulière après un évènement de maltraitance au sens large, serait de nouveau confrontés à une situation d'enfance en danger (29), d'autant plus s'il s'agit de négligence.

III. Problématique

A. Est-ce mon rôle ?

Plusieurs circulaires précédant la rédaction de la loi de 2007 ont pu mettre en évidence le rôle primordial de l'hôpital dans le dépistage et la prise en charge de la maltraitance (30). Les médecins qui traitent les enfants ont le devoir et la possibilité de détecter les situations à risques. Cependant peu de chiffres nous renseignent sur la place exacte de l'hôpital dans le signalement des situations d'enfance en danger.

Le dépistage et la prise en charge de la maltraitance reste une situation difficile pour tout personnel médical. Il peut se retrouver confronté à une remise en question du rôle de son métier, de son rapport aux familles (sentiment de trahison) (1) et aux autres professionnels, mettant en avant souvent un manque de formation (seulement une heure trente en six ans de formation est consacrée à l'item : maltraitance et enfance en danger) et un système de signalement complexe (Figure 7).



Figure 7: D'après un questionnaire réalisé auprès de médecins généralistes (1).

B. Quels enfants sont signalés ?

Peu d'instruments sont disponibles pour aider à cette prise en charge, aucun score clinique ou biologique n'est à disposition des cliniciens pour dépister les enfants en danger,

aucun critère (signe clinique, biologique ou radiologique) n'est pathognomonique de maltraitance.

Cependant les FDR sont bien définis et devraient être recherchés devant toute suspicion d'enfance en danger. Pour la plupart, ces facteurs, statistiquement prouvés, sont des éléments de la vie familiale, sociale ou personnelle, facilement repérables à l'interrogatoire.

C. A quoi ça sert ?

Le médecin a parfois la crainte d'être poursuivi en justice par la famille lorsque la situation est moins dangereuse que soupçonnée, ce qui est resté très rare (32 , 23). De plus, cette activité est dite "chronophage" : beaucoup de temps et de réflexions pour un sentiment de peu de résultats (absence d'information en retour du signalement) (30).

La prise en charge est large avec de multiples solutions, devant répondre à des objectifs différents selon le type de sévices, la sévérité des symptômes et l'articulation familiale. La réponse des services sociaux paraît souvent retardée et la solution de facilité serait de retirer l'enfant de sa famille. Mais si cela peut protéger physiquement l'enfant, cela n'est pas suffisant en termes de soutien psycho-affectif nécessaire à la guérison de l'enfant (5).

Face à ces multiples difficultés, nous nous sommes posé deux principales questions. Premièrement, nous nous sommes interrogés sur ce que représente, en termes épidémiologiques, cette population d'enfants en danger repérés au sein de notre structure hospitalière, la présence et l'importance des facteurs de risques, l'évolution sur les années 2012 à 2014 de cette population, et quelle proportion représente-t'elle parmi toutes les situations à risque rapportées à la CRIP.

Ensuite, nous nous sommes questionnés sur le suivi donné à ces signalements par l'ASE.

IV. Matériel et Méthodes

Étude descriptive rétrospective monocentrique, observationnelle, à visée épidémiologique.

Tous les signalements écrits au sein de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble entre le 1^{er} janvier 2012 et 31 décembre 2014 et envoyés à la CRIP (IP) ou au Procureur de la République (SJ) ont été inclus. Chaque signalement a été analysé même lorsqu'il y en avait plusieurs pour un même enfant. Les écrits non envoyés n'étaient pas inclus.

Les signalements ont été récupérés à partir d'un classeur de recueil au sein de l'HCE, regroupant tous les signalements envoyés à la CRIP ou au Procureur de la République (double envoyé aussi à la CRIP). Le nombre de signalements en 2011 et 2015 a été récupéré dans ces mêmes classeurs sans analyser ces signalements.

Les données sur les enfants signalés ont été récupérées à partir des logiciels DMU et CRISTAL NET de notre serveur.

Pour chaque enfant, nous avons analysé son âge au moment du signalement, sa fratrie et son rang dans la fratrie, le type de signalement réalisé, la forme de danger imputée et le lieu de rédaction de celui-ci, les facteurs de risque retrouvés dans les différentes observations lors du signalement, le nombre de consultations antérieures aux urgences pédiatriques de notre centre, le suivi antérieur mis en place lorsqu'il était identifié (PMI, signalement antérieur avec mesures éducatives ou judiciaires, Centres Médico Psychologique, ASE) et le temps d'hospitalisation pendant laquelle le signalement a été réalisé (le nombre était de 1 jour s'il s'agissait d'une simple consultation ou d'une hospitalisation durant moins de 24 heures). Les facteurs de risques recherchés étaient ceux définis par l'HAS : jeune âge maternel (maman âgée de moins de 20 ans lors de la grossesse de l'enfant pour lequel le signalement a été

réalisé), troubles psychopathologiques chez l'enfants (troubles du comportement à type d'auto ou hétéro agressivité, antécédents de fugues ou tentatives de suicide, consommation de drogues, absentéisme scolaire), maladie chronique chez l'enfant (avec répercussion sur la vie quotidienne, exemples : diabète, maladie inflammatoire chronique de l'intestin), séparation néonatale (prématurité, hospitalisation en réanimation néonatale ou néonatalogie à la naissance pour quelconque cause), grossesse non suivie (dénier de grossesse, suivi minimum échographique et en consultation non réalisé), troubles psycho pathologiques parentaux (consommation de drogues, toxicomanie, pathologie psychologique ou psychiatrique connue, actes de violences), l'âge de moins de 12mois au moment du signalement et des faits, conjugopathie (séparation parentale, violence conjugales, famille monoparentale, notion de conflit conjugal autre) et précarité (absence de domicile fixe, absence de revenus, isolement social et familial majeur, précarité majeure du logement) ; avec analyse du nombre de facteurs de risque présent pour chaque enfant au moment du signalement.

Les signalements étaient classés selon l'identification d'un type de danger parmi ceux définis par l'HAS: violences physiques, violences sexuelles, violences psychologiques ou négligence lourde. Une seule forme de danger a été retenue pour chaque cas.

Les suites données aux informations préoccupantes ont été obtenues grâce au Conseil Général, avec l'aide du chef de l'ASE de secteur (CRIP Isère), par système informatique.

V. Résultats

Nous avons recueillis 87 signalements (43 Informations Préoccupantes et 44 Signalements Judiciaires) entre le premier janvier 2012 et 31 décembre 2014. Les données démographiques de cette population sont représentées dans le Tableau 2. Il existe 4 enfants pour lequel deux signalements ont été faits sur la période d'inclusion. Nous avons comptabilisé chaque signalement, ce qui fait une moyenne de 2,4 signalements réalisés par mois.

Tableau 2: caractéristiques des enfants et signalements inclus.

Données	Total	2012	2013	2014
Nb signalements	87	27	27	33
<u>Age (mois)</u>				
Age médian	42	110	28	36
Age moyen	79	92	66	80
<u>Tranche âge: nb (%)</u>				
≤ 36 mois	43 (49)	10 (37)	16 (59)	17 (52)
36-120 mois	9 (11)	4 (15)	2 (8)	3 (9)
≥ 120 mois	35 (40)	13 (48)	9 (33)	13 (39)
<u>Lieu de signalement: nb (%)</u>				
Service	34 (39)	8 (30)	13 (48)	13 (39)
dont pédiatrie polyvalente	22	7	7	8
Consultation	5 (6)	1 (4)	2 (7,5)	2 (6)
PU / UHCD	48 (55)	18 (66)	12 (4,5)	18 (54)
<u>Forme de danger: nb (%)</u>				
Négligence	53 (61)	16 (59)	18 (67)	19 (58)
Abus sexuel	5 (6)	1 (4)	1 (4)	3 (9)
Violence physique	29 (33)	10 (37)	8 (29)	11 (33)
<u>Signalement: nb (%)</u>				

IP	43 (49)	13 (48)	14 (52)	16 (48)
SJ	44 (51)	14 (52)	13 (48)	17 (52)
Fratrie: nb (%)				
Pas de fratrie	32 (37)	6 (22)	13 (48)	13 (40)
≤ 2 frères/sœurs	38 (44)	14 (52)	10 (37)	14 (42)
≥ 3 frères/sœurs	17 (19)	7 (26)	4 (15)	6 (18)

A. Type de signalement:

Parmi ces signalements, nous avons 43 informations préoccupantes et 44 signalements judiciaires, répartis sur les 3 années de façon équivalente en proportion. On peut noter une augmentation du nombre de signalements en 2014 (13 IP et 14 SJ en 2012, 14 IP et 13 SJ en 2013, et 16 IP et 17 SJ en 2014) (Figure 8).

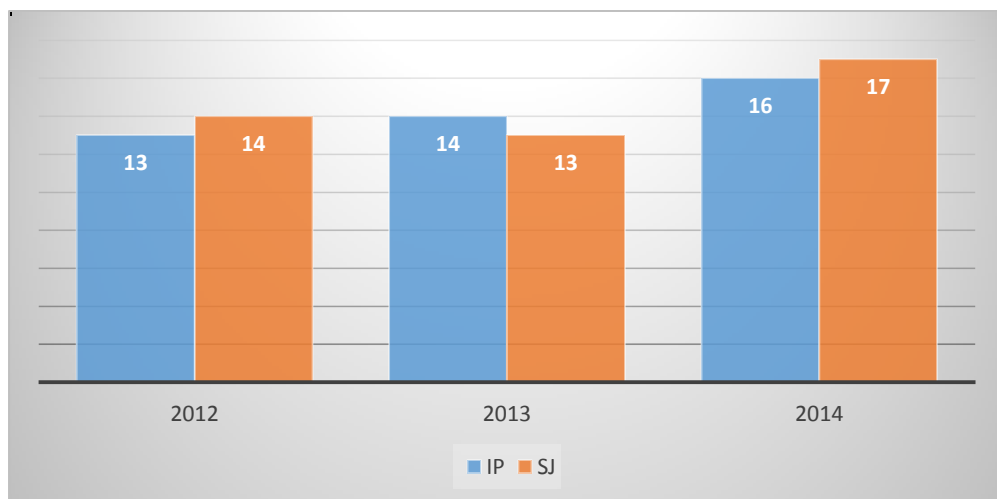


Figure 8: Répartition du nombre d'IP et SJ par année

En comparant le nombre de signalement chaque année et en incluant les années 2011 et 2015, nous voyons une évolution avec une augmentation nette du nombre de signalements tous confondus sur ces 5 années : 19 en 2011 versus 36 en 2015 (Figure 9).

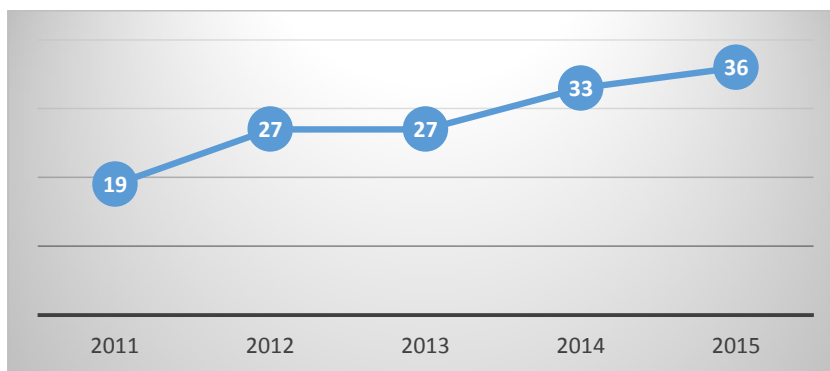


Figure 9: Evolution du nombre de signalements entre 2011 et 2015

B. L'âge des enfants signalés:

La moyenne d'âge était de 79 mois (soit environ 6 ans et demi) et la médiane de 42 mois (soit environ 3 ans et demi).

Nous avons répartis les cas en trois tranches d'âge : moins de 36 mois (3 ans), entre 36 et 120 mois et plus de 120 mois. La répartition est alors de 43 signalements pour des enfants de moins de 36 mois, 9 entre 36 et 120 mois, et 35 de plus de 120 mois.

Nous avons étudié la répartition de SJ et IP parmi ces tranches d'âge : on retrouve une répartition d'IP/SJ de 21/23 (49%/51%) chez les moins de 36 mois, 6/3 (67%/38%) chez les 36-120 mois et 16/19 (46%/54%) chez les plus de 120 mois.

La tranche d'âge entre 3 et 10 ans a une plus faible prévalence de signalement (seulement 11% des signalements) et le plus souvent associée à une information préoccupante lorsqu'il y en a un (67%) (Figure 10).

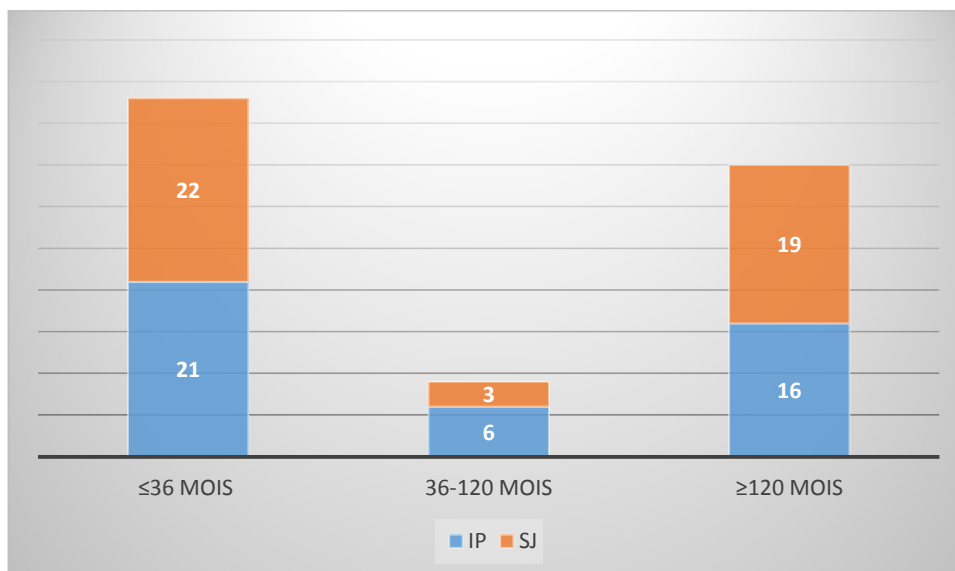


Figure 10: Répartition en nombre des IP et SJ selon la tranche d'âge

Si l'on suit l'évolution entre 2012 et 2014 de la proportion de chaque tranche d'âge parmi les signalements, on peut noter une augmentation de la proportion de signalements, IP et SJ confondus, chez les moins de 36 mois (37% en 2012 vers 52% en 2014) tandis que les signalements chez les enfants de 36-120 mois et plus de 120 mois sont moins fréquents au fil de ces trois années (respectivement : 15% en 2012 contre 9% en 2014, 48% contre 39%) ; cette évolution se voit surtout entre 2012 et 2013 (Figure 11).

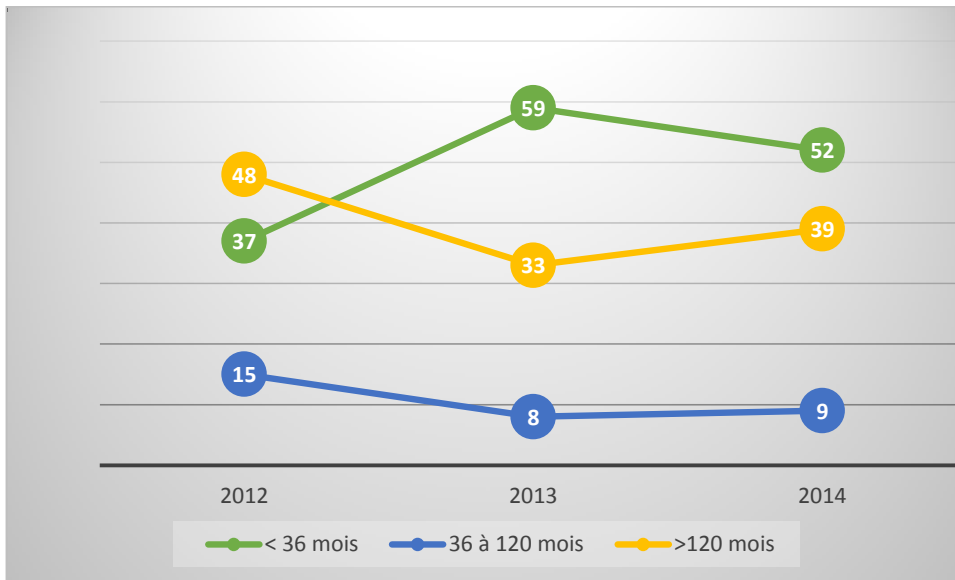


Figure 11: Evolution du nombre de signalements entre 2012 et 2014 selon les trois tranches d'âge.

Parmi les enfants de moins de 3 ans dont le signalement a été recueilli, 27 avaient moins de 12 mois (soit 63%) ou encore 31% du nombre total de signalement, tous les âges confondus. Sur cette population particulière des très jeunes enfants, 60% des signalements sont des SJ et 40% des informations préoccupantes.

Cas de O, pour lequel un signalement judiciaire a été réalisé alors qu'il n'avait que 15 jours de vie. Le signalement a été réalisé alors qu'il était hospitalisé en secteur de Pédiatrie depuis 24 heures pour stagnation pondérale et hypothermie, dans un contexte d'extrême précarité. En effet, les parents étaient sans domicile fixe, avec toxicomanie connue, et, malgré un suivi PMI mis en place dès la sortie de la Maternité, étaient en incapacité matérielle et émotionnelle d'apporter les soins appropriés à cet enfant, avec mise en jeu de son pronostic vital. (Signalement judiciaire, 2013, Pédiatrie Polyvalente)

C. Formes de danger

Nous avons 53 enfants sur 87 dont le motif du signalement était la négligence soit 61%, 29 enfants pour les violences physiques soit 33% et 5 signalements pour des abus sexuels soit 6% (Figure 12).

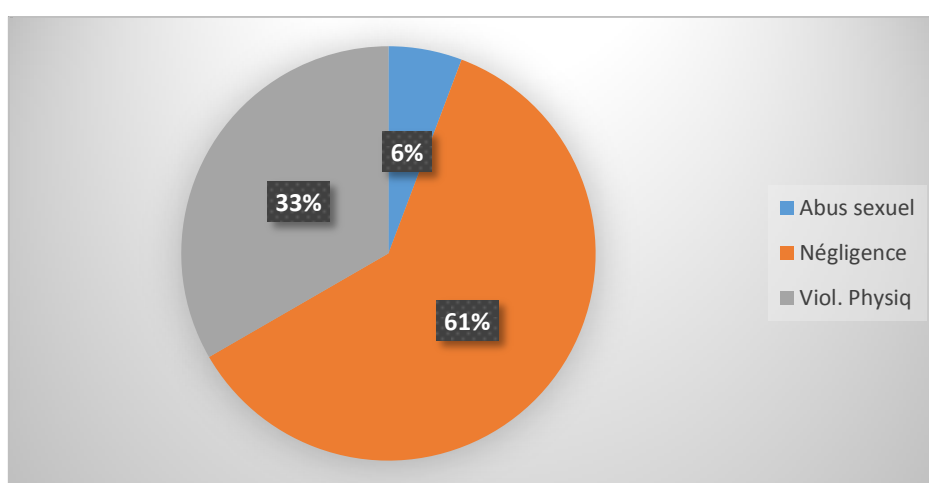


Figure 12: Répartition des signalements selon la forme de danger imputée (en %).

Si l'on regarde le type de signalement établi en fonction de la forme de danger imputée, on observe que dans 100% des cas d'abus sexuel, c'est un signalement judiciaire qui est réalisé, alors qu'ils sont rédigés dans 69% des cas de violences physiques et seulement dans 38% lorsqu'une négligence est imputée.

Enfin, on peut aussi observer en fonction de la tranche d'âge si le motif de signalement change. On retient alors, parmi les signalements réalisés chez les moins de 36 mois, 28 cas de négligence (soit 65% des signalements chez des enfants de moins de 36 mois et 53% de tous les cas de négligence), 15 de violences physiques (35%), et pas de cas d'abus sexuel. Chez les

enfants de 36 à 120 mois, 6 cas de négligence (soit 67 %), 1 cas de violence physique (soit 11%) et 2 d'abus sexuel (22%). Enfin parmi les signalements réalisés pour des enfants de plus de 120mois, 19 sont imputés à de la négligence (soit 54%), 13 à des violences physiques (soit 37%) et 3 à un abus sexuel (soit 9%) (Figure 13).

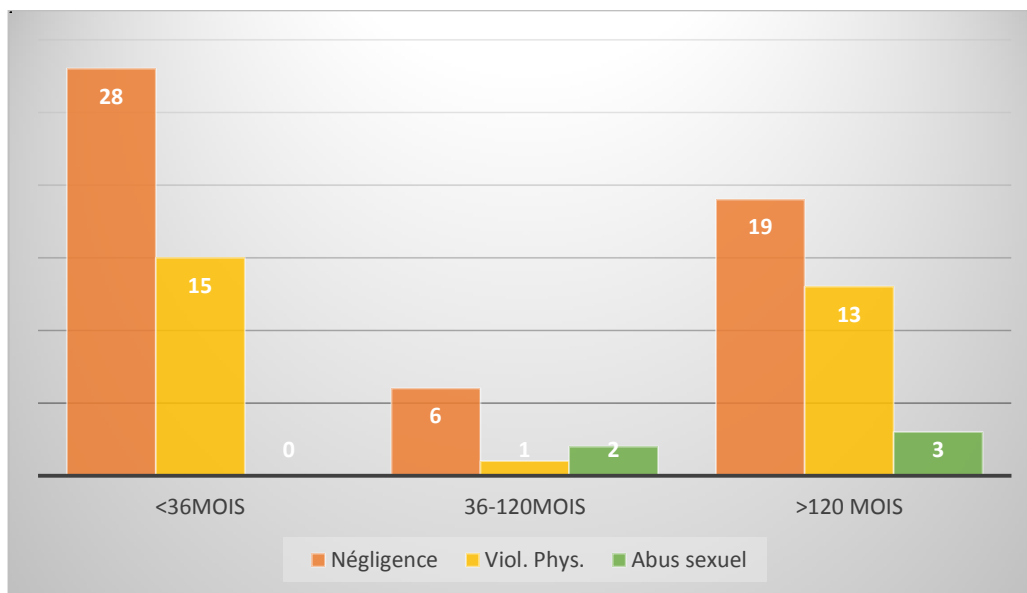


Figure 13: Répartition des formes de danger ayant conduit à un signalement suivant la tranche d'âge (en nombre de signalement).

Parmi les cas de signalements pour violences physiques, 19 signalements ont été rédigés devant des ecchymoses suspectes, 5 pour une suspicion de syndrome de bébé secoué, 3 pour des fractures non expliquées, 1 pour une plaie intentionnelle et 1 pour des brûlures.

Parmi les cas de négligence, nous retrouvons 5 cas d'intoxications au cannabis, tous ont été à l'origine d'une information préoccupante.

Cas de K, 14 mois, pour lequel une information préoccupante a été réalisée lors d'une hospitalisation en Réanimation Pédiatrique pour somnolence et hypotonie ayant nécessité une ventilation mécanique pendant 24 heures. Le bilan étiologique a mis en évidence une présence de cannabis dans les urines, responsable de cette somnolence majeure. Malgré le

déni des parents face à la possibilité d'une ingestion à domicile et l'absence de retard de recours aux soins qui aurait pu mettre en jeu le pronostic vital de leur enfant, une information préoccupante a été rédigée à visée d'étayage éducatif et social pour cet enfant qui, en reprenant son carnet de santé, n'avait été vu qu'une seule fois en 14 mois par son médecin traitant et était non vacciné. A noter que la maman relatait un contexte familial délicat avec le décès de son propre père et la charge de sa propre mère dans l'année écoulée, et finalement peu de temps accordé à son dernier enfant. (Information Préoccupante, 2014, Pédiatrie Polyvalente)

D. Fratrie

Parmi ces 87 cas de signalements, 32 enfants n'avaient pas de fratrie, 55 avaient des frères ou sœurs. Parmi les enfants avec fratrie, 22 avaient un frère ou une sœur, 16 étaient dans une fratrie de 3 et 17 avaient plus de 3 frères ou sœurs, soit 33 cas de signalements chez un enfant appartenant à une famille de 3 enfants ou plus.

Lorsqu'il y avait une fratrie, nous sommes intéressés au rang dans la fratrie qu'occupait l'enfant pour lequel un signalement a été fait. Nous recueillons parmi les 55 cas où il y a une fratrie : 15 cas où le signalement concerne l'ainé, 26 cas concernant le cadet, 11 cas concernant un enfant qui est au milieu dans le rang de la fratrie, 1 cas de jumeau et enfin, 2 cas où ce n'est pas renseigné (Figure 14).

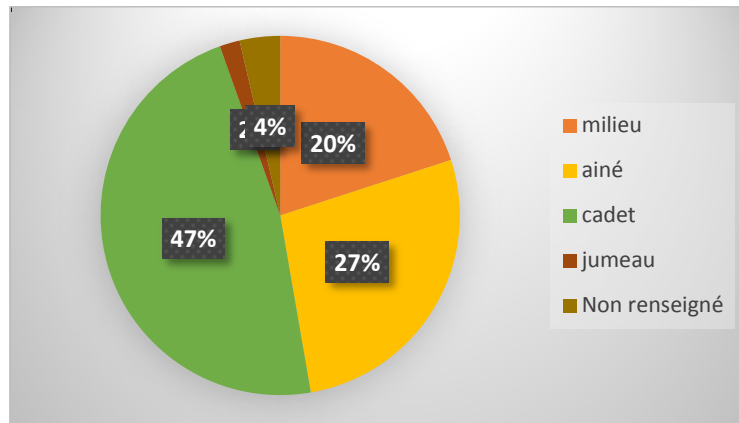


Figure 14: Répartition des signalements suivant le rang dans la fratrie de l'enfant concerné (en%).

E. Service de signalement :

Les signalements ont été rédigés dans les différents services pédiatriques de l'HCE, à hauteur de :

- 24 aux Urgences Pédiatriques (PU) (soit 28%),
- 24 en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD, rattachée aux Urgences Pédiatriques dans notre établissement) (28%).
- 22 dans le service de Pédiatrie générale (25%),
- 4 dans les services de Réanimation néonatale, Néonatalogie et Maternité regroupés (5%),
- 2 en Chirurgie Pédiatrique (2%),
- 5 en consultation pédiatrique hospitalière (6%),
- 3 en Réanimation Pédiatrique (3%)
- un cas en Rééducation pédiatrique (1%)

- et enfin deux cas depuis la Médecine Légale et la PASS (Permanence d'Accès aux Soins, services hors HCE) (2%).

Si nous regroupons les signalements réalisés dans les services Urgences Pédiatriques et UHCD dans un même groupe attaché aux Urgences, nous comptons 48 signalements soit 55% des signalements. Ensuite, si nous regroupons les différents services hospitaliers (Pédiatrie générale, Réanimation Néonatale, Néonatalogie, Maternité, Chirurgie pédiatrique, Réanimation pédiatrique, Rééducation pédiatrique) nous recueillons 32 signalements (37%). Enfin 5 signalements depuis les consultations, soit 6% (Figure 15).

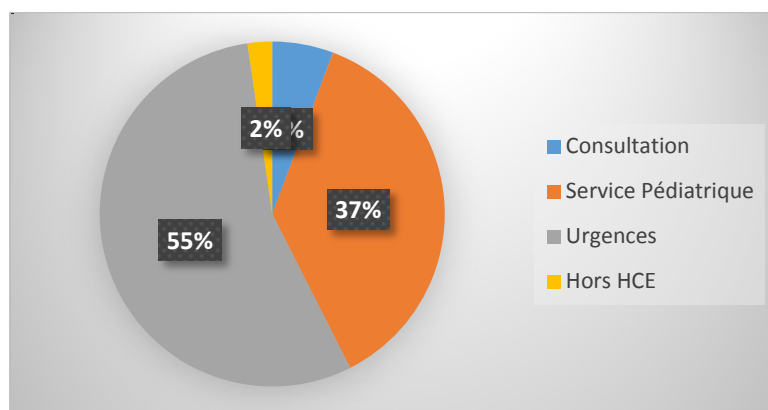


Figure 15: Répartition des signalements suivant les services où ils ont été réalisés(en%).

En étudiant les signalements émanant de ces trois secteurs, on observe en consultation pédiatrique hospitalière : 4 IP sur les 5 signalements émis au cours des 3 années étudiées (soit 80% d'IP). Dans les services conventionnels, on compte 16 IP sur les 32 signalements rédigés (soit 50%). On compte 21 IP sur les 48 signalements émanant des Urgences (PU et UHCD) (soit 44%) (Figure 16)

Les signalements judiciaires réalisés aux Urgences représentent 60% de tous les signalements judiciaires de 2012 à 2014.

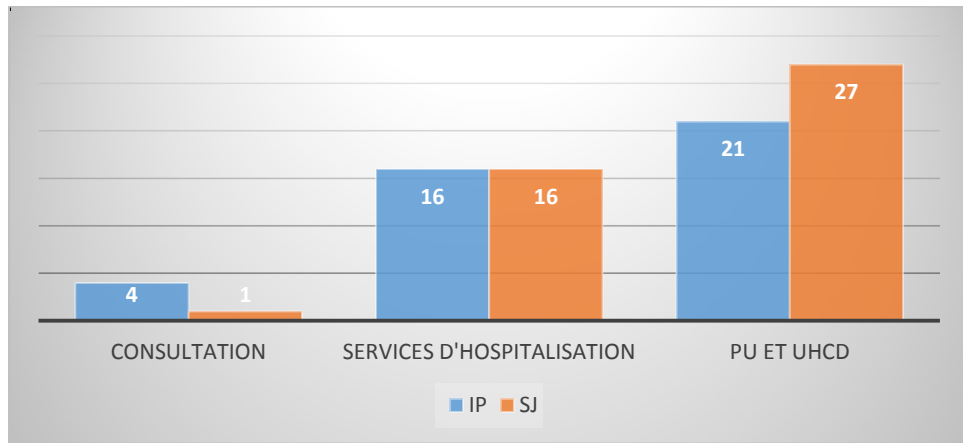


Figure 16: Répartition en nombre d'IP et SJ réalisés selon les services.

F. Facteurs de risque :

La conjugopathie est retrouvée dans 52 cas sur 87 signalements soit dans 60% des cas. Ensuite, viennent : le très jeune âge de l'enfant (<12mois) retrouvé dans 27 cas (soit 31% des signalements), et les troubles psychopathologiques parentaux qui sont évoqués dans 28 des cas (32%). Les troubles du comportement chez l'enfant sont décrits dans 25 cas (29%), dont 23 chez des enfants de plus de 120 mois (92%).

La précarité au sens large, comme définie antérieurement, est retrouvée dans 24 cas soit 28%, une maladie chronique parentale dans 9 signalements soit 10%, une grossesse non suivie dans 5 cas soit 6%, une séparation en période néonatale dans 11 cas soit 13%, une maladie chronique chez 15 enfants soit 17%. Le jeune âge maternel est évoqué dans seulement 8 cas soit 9% (Figure 17).

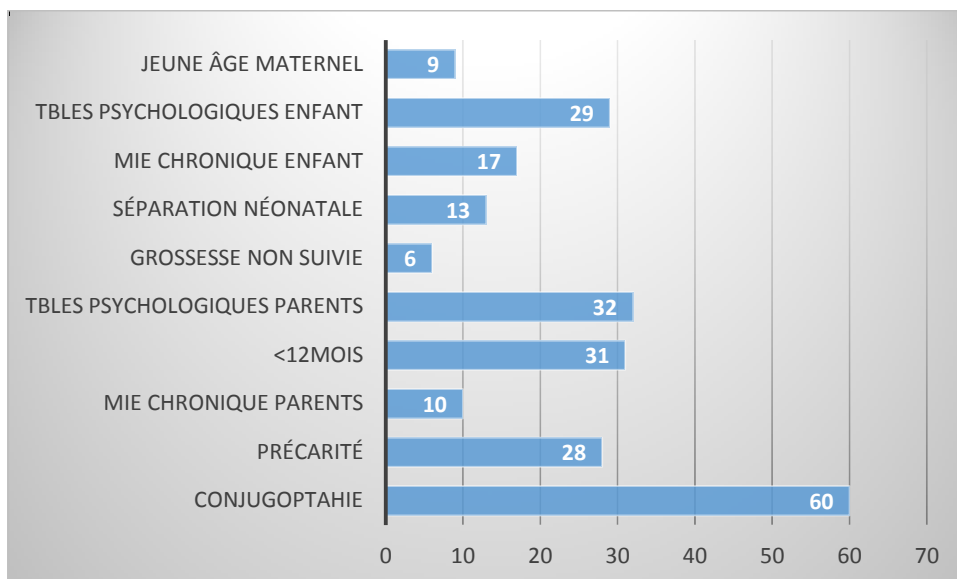


Figure 17: Nombre de cas pour chaque facteur de risque dans lesquels ils sont retrouvés.

Lorsqu'on comptabilise le nombre de FDR accumulés pour chaque situation signalée, on retrouve en moyenne 2,4 FDR par enfant. Parmi les enfants ayant 4 ou plus FDR accumulés (15 cas), 67% ont justifié un SJ ; 100% des cas où 5 FDR ou plus étaient retrouvés ont entraîné un SJ. A l'inverse, parmi les enfants accumulant 2 ou moins de FDR (52 cas), 58% font partie des IP (Figure 18).

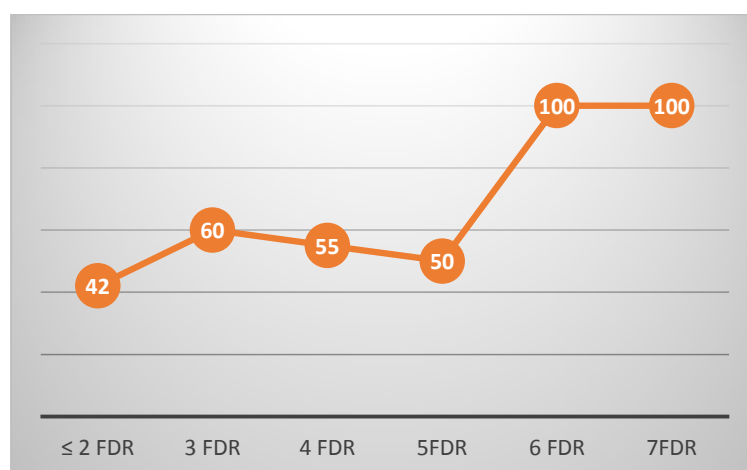


Figure 18: Pourcentage de SJ en fonction du nombre de FDR retrouvés dans chaque situation.

*Cas de G, 2 mois, pour laquelle un signalement judiciaire a été rédigé pour carence de soins et absence maternelle dans un contexte où beaucoup de facteurs de risques ont pu être mis en évidence. En effet, on retrouvait chez cette **jeune maman** (19 ans) : un **déni de grossesse** puis une absence de suivi de celle-ci, de **père inconnu**, une grande **précarité** (sans domicile fixe, au chômage, vivant sous une tente, seule, ne parlant pas le français) et un **trouble psychopathologique** avec désorientation temporo spatiale et incohérence. Son enfant est née **grande prématurée**, avec hospitalisation dès la naissance et donc séparation physique avec la maman. Lors de l'hospitalisation, ont pu être observés une absence de lien d'attachement entre la maman et son enfant avec des visites très brèves et rares, entrecoupées d'absences prolongées pour retour dans son pays d'origine. Finalement, à **2 mois** de vie (âge corrigé), la maman ne vient plus et ne donne plus de nouvelles alors que son enfant est sortante de l'hôpital. L'enfant sera finalement placée après signalement judiciaire.*

(Signalement judiciaire, 2014, Néonatalogie)

G. Nombre de consultations antérieures au PU et suivi antérieur spécifique:

44 enfants parmi ces 87 signalements, soit 51%, n'avaient jamais consulté auparavant aux urgences pédiatriques, A l'inverse 25 enfants avaient déjà consulté au moins deux fois aux urgences pédiatriques (29%) avant que le signalement soit fait, dont 12 avaient consulté quatre fois ou plus (14%).

Le nombre moyen de consultations antérieures au PU est de 1,6.

38 enfants, soit 44%, avaient un suivi antérieur spécifique, que ce soit un suivi par la PMI, ou par le CMP ou un signalement antérieur.

Cas de K, 13 ans et demi, pour laquelle un signalement judiciaire a été réalisé à sa huitième consultation aux urgences pédiatriques, pour intoxication médicamenteuse volontaire suite à des violences physiques de la part de son père, à priori répétées. On retrouvait plusieurs FDR d'enfance en danger chez cette jeune fille avec une conjugopathie patente, une maladie chronique chez la maman, des troubles psychopathologiques parentaux (dépression chez la maman) et personnels (troubles du comportement à type d'auto et hétéro agressivité) et une précarité familiale (difficultés financières importantes). Elle avait déjà consulté 7 fois aux urgences pour différentes plaintes à type de constipation (à l'âge de 8 ans), troubles de la marche (4 consultations à l'âge de 9 ans), céphalées, impotence du membre supérieur suite à une chute (à 12ans) pour lesquels tous les bilans réalisés n'avaient fait que confirmer une origine somatoforme, sans question de maltraitance évoquée auparavant. (Signalement judiciaire, 2013, Urgences Pédiatriques)

H. Durée d'hospitalisation :

La moyenne du temps d'hospitalisation ayant abouti à un signalement était de 5 jours.

21 enfants (24%) sont restés hospitalisés 5 jours ou plus, dont 62% a abouti à un SJ. 12 sont restés 2 à 4 jours en service et 54 sont restés moins de un jour à l'hôpital, que ce soit à l'UHCD (40%) ou en consultation uniquement aux urgences (40%) ou en consultation pédiatrique de suivi.

I. Suivi donné aux informations préoccupantes :

Nous avons pu analyser les suites données à 61 signalements (30 IP et 31 SJ) sur 87.

Nous retrouvons alors que 15 IP sur 30 ont conduit à une décision de classement sans suites, 7 à un signalement judiciaire, 4 à des suites administratives et 4 signalements dont les suites sont inconnues (Figure 19).

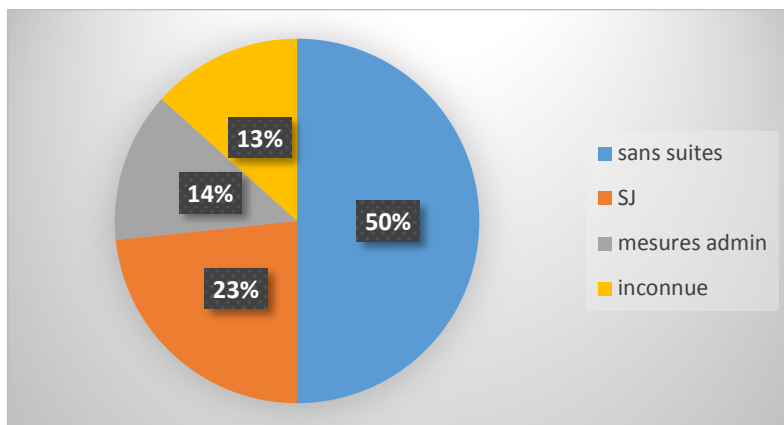


Figure 19: suites données aux IP (en % sur 30 IP analysées).

Concernant les signalements judiciaires, 5 signalements ont été classés sans suites après enquête judiciaire, 19 ont entraîné des suites judiciaires avec mise en place de mesures par le Procureur de la République, 3 ont finalement abouti à des mesures administratives et 4 SJ ont une issue inconnue (Figure 20).

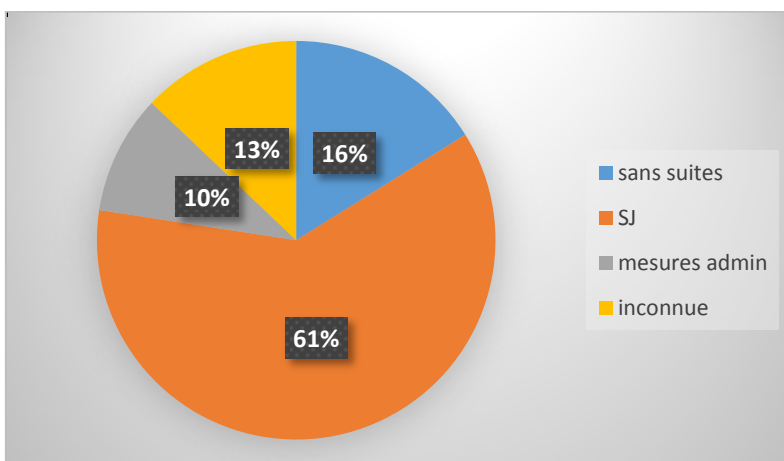


Figure 20: Suites données aux SJ (en % sur 31 SJ analysés).

Parmi les IP classées sans suites, 6 l'ont été car un suivi antérieur était déjà en place, de nouvelles mesures n'ont donc pas été entreprises et les signalements ont été classés sans suite. A l'inverse, 18 signalements, sur 61, qui concernaient une situation déjà connue (suivi antérieur défini précédemment) ont entraîné un signalement judiciaire.

VI. Discussion

A. Le rôle de tout médecin

On peut calculer une moyenne de 14 informations préoccupantes rédigées par année par l'HCE, ce qui représente en moyenne 0,5% du nombre d'IP traitées par la CRIP de l'Isère chaque année (2618 IP traitées en 2014). On peut aussi calculer une moyenne de 2,4 cas d'enfance en danger par mois dépistée par l'HCE. Ce qui confirme que l'hôpital tient une place importante dans le dépistage (30) bien qu'elle semble insuffisante en nombre d'IP relatif.

D'après un article paru en 2011 (12), les médecins représentent **42% des sources d'informations** au sein des fonctionnaires de l'état, occupant une place centrale dans la protection de l'enfance (Figure 21). Mais dans ce même article, est mis en avant la faible implication des professionnels de santé, les manques de formation des médecins et d'expertises médico-légales pédiatriques. De même, selon une étude plus récente de la CRIP de l'Isère : en 2014, le nombre d'IP provenant des services hospitaliers ne représente que 4% (Figure 22).

Sources d'information	Enfants en danger	Enfants maltraités
	Nombre	Nombre
Éducation nationale		
Médecins	44 980	16 103
Enseignement du 1 ^{er} degré (maternelle-CM2)	16 024	8 340
Enseignement du 2 nd degré (collège, lycée)	28 956	7 763
Assistants(es) de service social (2nd degré)	14 947	6 942
SNATEM*		31 913
ODAS**	86 000	18 500
Police et gendarmerie nationales		27 109***

Figure 21: Nombre de cas recensés selon les sources d'informations en 2002 (12).

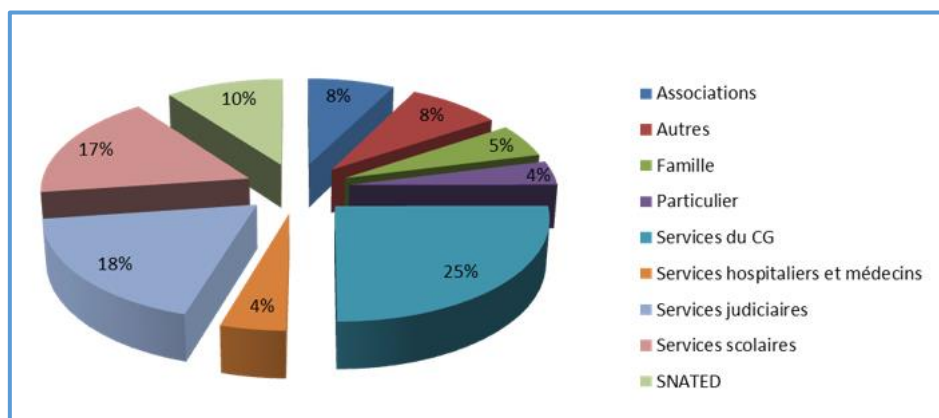


Figure 22: origine des IP en 2014 (CRIP de l'Isère).

L'un des problèmes mis en avant par le corps médical est l'absence de « score clinique » ou « protocole » pour repérer les situations à risque. Selon une étude réalisée aux Pays Bas, les difficultés mises en avant par les pédiatres d'un service d'urgences pédiatriques sont la difficulté à s'adresser aux parents sans jugement, le manque de temps et d'argent consacré à la protection de l'enfance ainsi que le manque d'information malgré l'intervention possible d'équipes spécialisées. Néanmoins, cette même étude montre que même dans les services comprenant un protocole de prise en charge de la maltraitance, ceux-ci n'étaient pas utilisés. Ils concluent à un manque certain d'engagement et de communication (32). A noter que dans notre centre hospitalier, il existe un protocole de prise en charge des enfants en danger.

D'autre part, la loi de 2007 prévoyait des cellules d'accueil spécifique de ces situations mais finalement peu d'hôpitaux ont eu la possibilité de mettre en place ces systèmes ; les raisons possibles étaient d'ordres financiers, par défaut de personnel ou par manque de formation (30). De même pour les CRIP, qui n'étaient pas mises en place pour plus de 50% des départements à la fin de 2007, 9 mois après la loi de mars 2007 (Figure 23: Nombre de départements ayant une cellule de signalement (prévue par la loi du 5 mars 2007) installée au 1er Novembre 2007 (28).

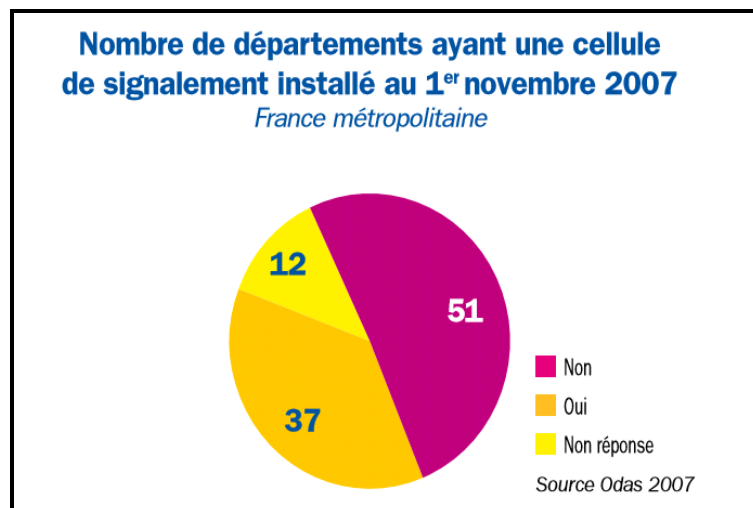


Figure 23: Nombre de départements ayant une cellule de signalement (prévue par la loi du 5 mars 2007) installée au 1er Novembre 2007 (28)

A noter qu'une circulaire de juin 1992 statuait déjà sur la nécessité de la création à l'hôpital de Cellules d'Accueil Spécialisées (avec la notion d'une personne ressource) afin d'améliorer l'information entre l'hôpital et les structures extra hospitalières et la formation des personnels.

A ce jour, en exemple, notre hôpital a organisé une cellule dédiée à ces situations d'enfance en danger, appelée Cellule d'Accueil Spécialisée Enfance en Danger (CASED), depuis 1993. Elle est consacrée, comme le prévoyait cette circulaire du 16 juin 1992, à la réflexion sur la prise en charge de ces situations, avec des discussions multidisciplinaires comprenant pédiatres, réanimateurs, urgentistes, médecins légistes, médecins généralistes, assistante sociale, pédopsychiatres et psychologues (réunions sociales hebdomadaires). Ces discussions concernent des questionnements sur les signalements complexes (aide à la rédaction de certificats, d'IP et SJ, entretiens avec les parents, annonces de signalement) ou les dispositions d'accueil à mettre en place. Les acteurs sociaux extra hospitaliers (Aide Sociale à l'enfance, Conseil Départemental, instances judiciaires) participent à ces échanges, permettant une organisation des prises en charge extra hospitalière, un échange sur les stratégies de coordination et une amélioration dans la formation continue (réunions mensuelles avec des référents intra-hospitalier et extra-hospitalier). Elle comprend aussi la

participation à la permanence d'accès aux soins de santé (situations de précarité. article L.6112-6 du code de la santé publique) avec la prise en charge des enfants issus de milieux précaires en lien avec la PASS (Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé). Enfin, elle permet aussi d'enregistrer ces situations au sein d'un registre, à visée épidémiologique indispensable.

A noter que selon une enquête de l'ONED de 2011 (33) seulement 52% des cellules départementales (CRIP) ont établi un protocole avec les hôpitaux (contre 88% avec l'éducation nationale).

« A l'heure de la tarification des hôpitaux à l'activité, on peut s'inquiéter de la pérennisation de ces cellules d'accueil et de leur extension. (...) Il faut espérer que la logique de rentabilité financière ne l'emporte pas sur le service rendu à des enfants en danger. » (30)

La formation continue semble être une solution afin de répondre aux réticences des médecins comme décrites plus haut. Ainsi, sont organisés, en lien avec la CASED, des cours sur l'enfance en danger, dans notre établissement, destinés aux étudiants, aux pédiatres, aux puéricultrices et aux sages-femmes. De plus, on peut noter que la dernière loi publiée au JO le 15 mars 2016 (n° 2016-297 du 14 mars 2016, intégrée dans le Code de l'Action Sociale et des Familles) ajoute la nécessité « de réaliser un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département, (...) et d'élaborer un programme pluriannuel des besoins en formation de tous les professionnels concourant dans le département à la protection de l'enfance. » (34)

D'autre part, un article de Lips U. en 2014 met en avant l'importance de l'implication des autres professionnels (médecins autre que pédiatres) dans la prise en charge de l'enfance en danger, la maltraitance infantile étant défini dans cet article comme étant « un diagnostic

comme un autre : ne pas le poser revient à un manque de professionnalisme... Les enfants, qui sont les membres les plus fragiles de la société et en même temps l'avenir de la société, ont besoin de notre engagement à cet égard. » (23)

Enfin, la dernière loi relative à la protection de l'enfant (n° 2016-297 du 14 mars 2016) introduit le rôle d'un médecin référent « protection de l'enfance », qui sera chargé d'organiser les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la CRIP, d'une part, et les médecins (libéraux, hospitaliers et scolaires) du département, d'autre part (34).

B. Caractérisation des situations signalées

1. IP ou SJ ?

On retrouve **autant de signalements administratifs que de signalements judiciaires**. Il semble que l'information préoccupante soit une alternative souvent plus adaptée dans les cas d'enfance en danger, plutôt dans les situations de risque de maltraitance que dans ceux avec maltraitance avérée, à visée **d'étayage familial et d'alerte auprès des services sociaux** lorsque le danger est mesuré comme moindre et moins immédiat. En effet, il y a davantage de signalements judiciaires en cas de violences physiques avérées ou abus sexuel qu'en cas de négligence où, finalement, on pourrait qualifier la situation de « à risque » plus qu'une situation de maltraitance.

2. Age des enfants signalés

Nous retenons 49% d'enfants de moins de 3 ans dans notre étude, en accord avec une étude de 2014 aux Etats Unis qui retrouvait les plus forts taux de maltraitance infantile et de négligence chez les enfants de moins de 3 ans (31). De même dans un article de Silbertain-

Blanc, le chiffre de 40% de moins de 1 an était retrouvé parmi les enfants hospitalisés pour maltraitance (35). Il en ressort que **le tout petit enfant est particulièrement vulnérable**.

Contrairement à nos chiffres, l'ODAS retrouvait une majorité d'enfants signalés dans la tranche d'âge 6/10 ans (Figure 24) (28). Cependant ces données datent de 2006 et comme nous l'avons retrouvé dans notre étude, il semble y avoir une tendance à l'augmentation des signalements pour des enfants de moins de 3 ans, tandis que les situations déclarées pour des enfants de plus de 3 ans sont en baisse.

Âges des enfants signalés en 2006 France métropolitaine							
	0/2 ans	3/5 ans	6/10 ans	11/14 ans	15/17 ans	18/21 ans	Total
Filles	6 500	7 600	12 000	10 300	9 400	1 700	47 500
Garçons	6 700	8 300	13 800	12 300	8 200	1 200	50 500
Ensemble	13 200	15 900	25 800	22 600	17 600	2 900	98 000

Source Odas 2007

Figure 24: Une majorité de signalement chez les enfants de 6-10 ans en 2006 selon l'ODAS (28).

3. Type de maltraitance et son évolution

Nous avons retrouvé une proportion de 61% de signalements pour négligence, 33% pour violences physiques et 6% pour abus sexuel. L'ODAS en 2006 avance 25% de négligences, 22% d'abus sexuel, 19% de violences psychologiques et 33% de violences physiques. Cependant, ils avaient séparés les violences psychologiques et négligences lourdes, plus difficiles à différencier dans notre étude (Figure 25).

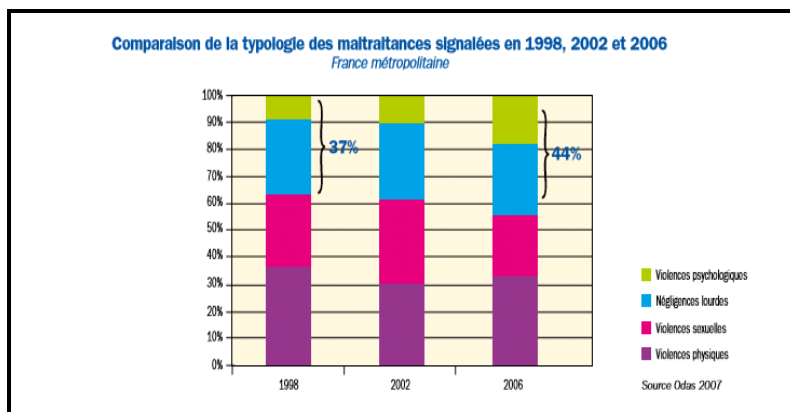


Figure 25: proportion des signalements en fonction des formes de danger imputée (29).

Selon une étude américaine de 2013 (17), sur 6 818 enfants avec déclaration de maltraitance aux Etats Unis entre 1993 et 1994, 60% étaient victimes de négligence, cette proportion étant semblable à la nôtre (61%).

Dans une étude réalisée dans 18 cliniques pédiatriques suisses, étaient retrouvés 29% cas de violences physiques, 26% de négligence, 0,4% de syndrome de Münchhausen par procuration, 21% d'abus sexuel et 23% de violences psychologiques (23).

Une étude australienne de 2004 (36) retrouvait parmi des cas rapportés de maltraitance 58% de négligence, 18% de violences physiques, 10% d'abus sexuels et 7% de violences dites autres. Une même étude au Canada en 2001 (37) retrouvait 42% de négligence, 25% de violences physiques, 8% d'abus sexuels et 25% de violences catégorisées à part. En Grande Bretagne, en 2004: 38% de négligence, 18% de violences physiques, 10% d'abus sexuels et 17% de violences autres (38). Enfin aux Etats Unis en 2003, une proportion de 58% de négligence, 18% de violences physiques, 10% d'abus sexuels (39) (Figure 26).

On retrouve dans ces études une majorité de danger à type de **négligence**. Les violences psychologiques, sont comme dans notre étude, souvent **peu identifiées** et catégorisées dans des items de « violences autres ».

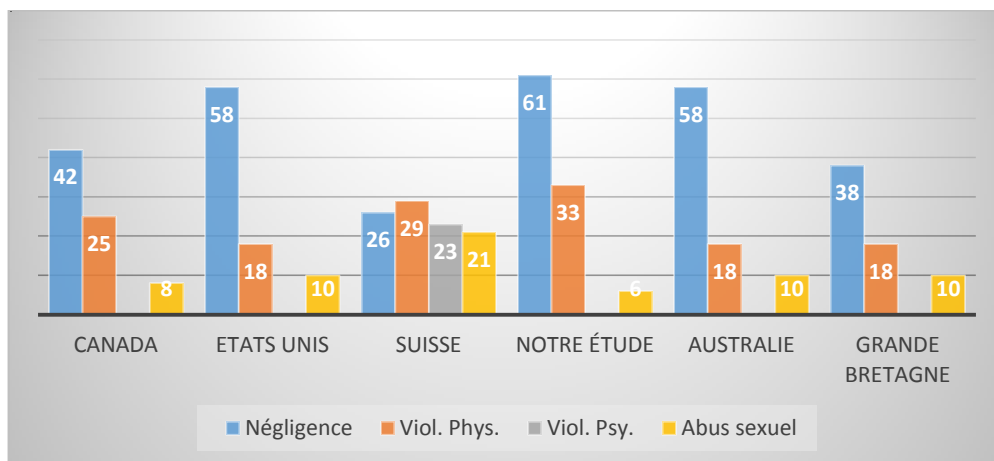


Figure 26: proportion des différentes formes de danger imputées dans les signalements suivant les études.

Nous avons choisi de catégoriser chaque enfant dans une seule forme de maltraitance mais il est certain que les formes sont souvent combinées et intriquées, ce qui nous a sans doute amené à ne pas comptabiliser de cas de violences psychologiques. En effet, elles sont **non mises au premier plan dans les signalements mais potentiellement présentes**, notamment dans les cas de violences physiques et abus sexuels. D'autre part, il s'agit d'une forme de danger difficile à identifier, avec des limites imprécises (12). La violence psychologique est fréquemment associée aux autres formes de violence mais rarement décrite comme le motif de maltraitance principal.

Selon le même article de l'ODAS, cette forme de violence est en augmentation et **n'est donc pas à négliger**. A l'inverse, les signalements de violences physiques sont en diminution, sans doute grâce aux nombreuses campagnes de prévention et d'alerte envers cette forme de maltraitance (Figure 27).

Les situations de négligence et carences semblent être en augmentation, peut-être est-ce en lien avec une dégradation des conditions socio-économiques actuelles ?

Ces difficultés sont mises en avant dans l'enquête de la CRIP en 2014 concernant les principales carences identifiées ayant amené à un signalement (

Figure 28).

Évolution des types de mauvais traitements signalés entre 1998 et 2006									
France métropolitaine									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Violences physiques	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600	5 800	6 600	6 400	6 300
Violences sexuelles	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900	5 200	5 500	4 700	4 300
Négligences lourdes	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000	4 400	4 400	5 100	5 000
Violences psychologiques	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000	2 600	2 500	3 800	3 400
Total des enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000

Source Odas 2007

Figure 27: Augmentation du nombre de situations de maltraitance par violences psychologiques (28).

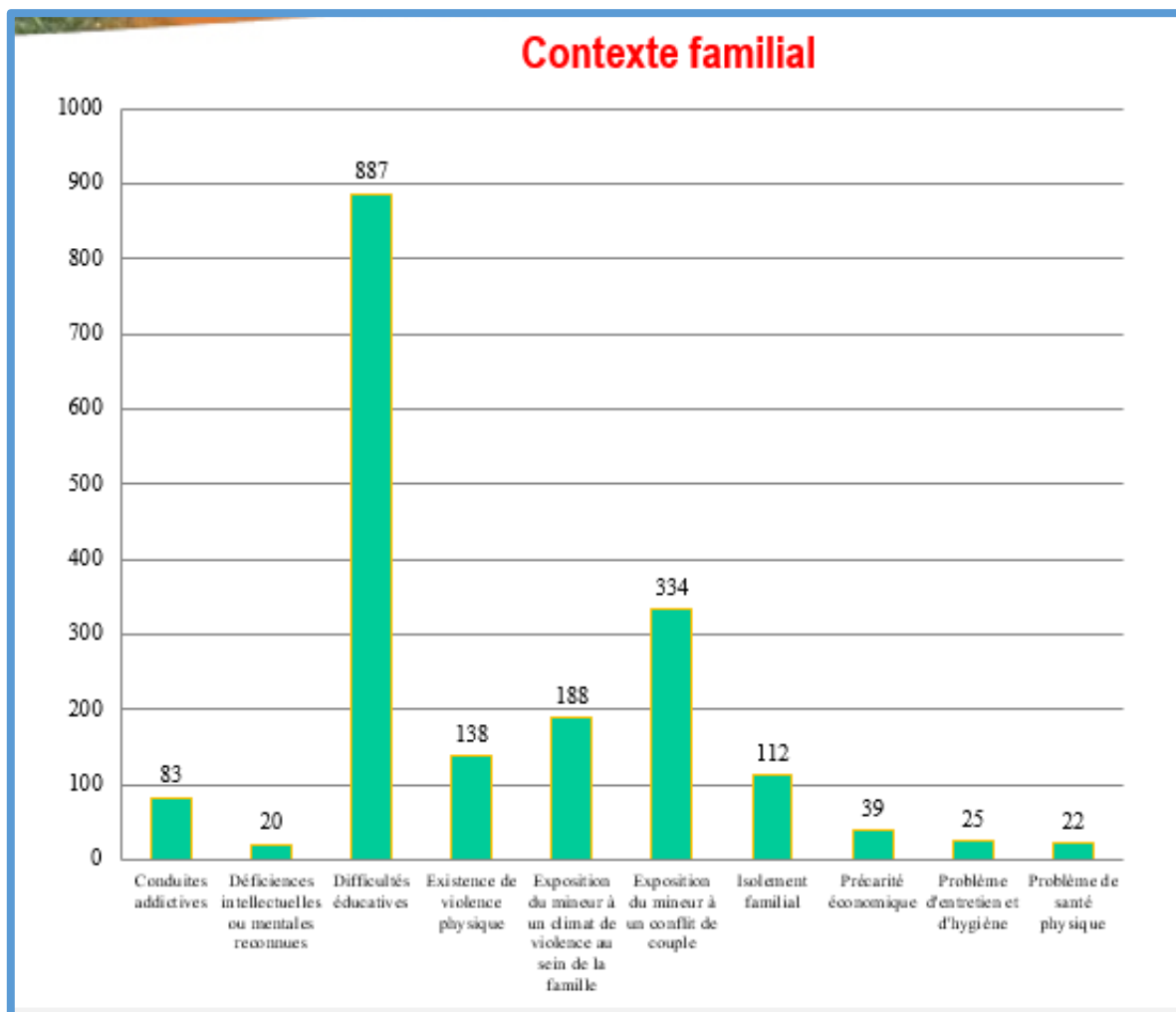


Figure 28: motifs ayant conduit aux signalements (CRIP de l'Isère, 2014).

4. Fratric

On pourrait conclure d'après cette population, que les signalements (judiciaire ou administratif) se voient le plus souvent dans les familles de 2-3 enfants.

Nous remarquons que les cadets semblent, dans notre étude, être davantage à risque de situation d'enfance en danger. Cette tendance n'est cependant **pas statistiquement significative** et peu d'études la confirment. Nous savons que le rang de naissance est décisif, porteur d'une mémoire familiale et il peut permettre d'expliquer pourquoi il arrive que les parents traitent parfois leurs enfants de manière différente. (« D'autre part, les parents peuvent changer de multiples manières entre la naissance d'un enfant et celle d'un autre. » (40)).

Dans les Traumatismes Crâniens Non Accidentels, forme de maltraitance, le fait d'être premier né sans fratrie ou jumeau est défini comme un facteur de risque avéré.

Dans tous les cas, la **prise en charge de toute la fratrie**, lorsqu'une situation est repérée, reste primordiale. D'après une étude de 2011, la prise en charge de la fratrie est un facteur de bon pronostic dans l'évolution vers la guérison d'une maltraitance (12).

La dernière loi du 16 mars 2016 impose que « la situation des autres mineurs présents au domicile soit également évaluée » et de « veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et sœurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant. » (34)

5. Services de signalement :

Les urgences semblent être propices au dépistage, à la prise en charge et au signalement des situations d'enfance en danger, avec dans notre étude, plus de la moitié des signalements réalisés au sein de ce service. Il faut cependant garder en tête que le secteur des urgences reste un service le plus souvent de passage, avec un motif de consultation précis et rarement concernant la situation sociale ou globale d'un enfant. Il en reste que la création de cellules d'accueil spécialisées, avec des médecins informés et sensibilisés à ces situations, resterait le plus approprié, afin de dépister au mieux ces enfants en danger. D'autre part,

l'hospitalisation semble être nécessaire pour obtenir une prise en charge complète, même si le diagnostic et le signalement ont été faits aux urgences.

6. FDR:

Selon une étude de Maneff C à Genève (41), les principaux FDR de négligence étaient: précarité, toxicomanie et maladie psychiatrique des parents, problèmes comportementaux chez l'enfant, violences conjugales et monoparentalité (Figure 29).

Années	Chômage, précarité financière, hygiène non appropriée, négligence vestimentaire, environnement ou habitat inadéquats		Problème psychopathologique d'un parent, alcoolisme, toxicomanie du parent		Problématique du jeune, absentéisme scolaire répété, errance, délinquance, troubles du comportement, toxicomanie, alcoolisme du jeune		Conflit dans le couple (sans violence), séparation conflictuelle	
	Enfants en risque	Enfants maltraités	Enfants en risque	Enfants maltraités	Enfants en risque	Enfants maltraités	Enfants en risque	Enfants maltraités
03-04	66,2%	57,9%	12,8%	16,8%	6,8%	6,2%	14,2%	19,1%
10-11	65,8%	72%	15,3%	18,2%	8,1%	2,6%	12,3%	7,2%

Figure 29: Facteurs de risques retrouvés dans des situations à risque et maltraitance avérée (41).

Selon une étude de 2010, **la précarité** est le principal FDR de maltraitance, surtout dans les cas de négligence (22). Elle est retrouvée dans 28% des cas dans notre étude. Cependant, ceci peut être relié à une meilleure détection des cas d'enfance en danger dans les familles précaires de par leur suivi plus élevé par les services sociaux (10).

D'autre part, l'un des principaux FDR que nous avons identifié serait la **conjugopathie** (60% des cas). Dans une étude française par le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATEM, 119) 80% des enfants victimes de maltraitance seraient témoins de violences conjugales ! (42)

Selon une étude américaine de 2009 sur le niveau de risque de maltraitance selon la relation parentale, il semblerait que le mariage entre les parents soit un facteur protecteur de maltraitance (analyse bivariée) (43). Une autre étude dans ce même pays avance que le risque de maltraitance infantile est **15 fois plus élevé** dans les familles où il y a des actes de violences conjugales (étude).

La **prématurité** apparaît comme un FDR majeur, par défaut d'installation du lien parents-enfant dans les premiers jours de vie. C'est un biais de confusion, sans doute lié à tous les facteurs socio-médico-économiques pouvant prédisposer à une naissance prématurée et au handicap intellectuel potentiel qu'elle peut entraîner (12).

Pour pallier à ces conditions socio-économiques à risque, la loi du 16 mars 2016 assure que « peuvent être pris en charge dans un centre parental, au titre de la protection de l'enfance, les enfants de moins de trois ans accompagnés de leurs deux parents quand ceux-ci ont besoin d'un soutien éducatif dans l'exercice de leur fonction parentale. » (34)

Les troubles du comportement ou pathologies psychiatriques chez l'enfant sont définis comme un FDR de maltraitance et se rencontrent le plus souvent chez les adolescents. Cependant, il semble difficile d'établir si ces troubles sont des FDR ou plutôt des réactions à des situations d'enfance en danger. Ainsi, ces troubles sont aussi définis comme conséquences de maltraitance et comme signes révélateurs d'une maltraitance. Les violences et troubles du comportement chez l'enfant sont considérées comme graves mais bien souvent, aucune question ne se pose sur les violences familiales à l'origine de ces conduites (19).

Ces facteurs de risque sont **facilement identifiables** à l'interrogatoire et devrait être recherchés afin de dépister au mieux les situations à risque de maltraitance. Ce sont des outils diagnostiques utiles, non stigmatisant, au repérage des familles à risque, afin de pouvoir les

aider et les guider précocement, afin d'éviter d'atteindre des situations potentiellement graves pour l'enfant.

7. Consultations antérieures aux urgences :

Dans notre étude, environ 50% des enfants pour lequel un signalement a été réalisé n'avaient jamais consulté aux urgences de notre hôpital alors que près de 30% avaient déjà consulté au moins deux fois.

Dans une étude américaine de 2009 comparant les venues aux urgences pédiatriques de l'Utah entre des cas d'enfants maltraités et une population contrôle, 47% avaient déjà consulté aux urgences, contre 27% pour la population générale (le plus souvent à plus de un mois antérieurement au diagnostic de maltraitance). De plus, lorsqu'il s'agit de négligence et d'exposition aux violences conjugales, ce **taux de visites antérieures aux urgences est trois fois plus important**, pour des motifs similaires à la population contrôle. Ils ont le plus souvent consulté seulement une fois avant le diagnostic. Ils concluent sur le fait que le taux de consultation aux urgences est un facteur de risque de maltraitance (44).

Chaque consultation est donc **une porte ouverte au repérage** de ces situations de danger, de par l'identification des FDR à l'interrogatoire, les motifs de consultation, la proximité avec la famille en alerte (autre que dans un cabinet ou en secteur d'hospitalisation) et les consultations ultérieures.

Un premier passage aux urgences ne doit pas rassurer le médecin et, en revanche, plusieurs consultations, peu justifiées, pour des motifs divers, doit **alerter** le professionnel de santé en charge de l'enfant.

44% des enfants avaient un suivi antérieur spécifique, ce qui favorise le repérage.

C. L'objectif du signalement

Bien souvent, les médecins ne sont pas informés des suites données aux signalements.

Dans notre étude, la moitié des IP sont classées sans suite. De même, selon l'étude de la CRIP de l'Isère en 2014, **46 % des IP évaluées ne donneront pas lieu à la mise en place d'une mesure d'aide sociale à l'enfance** (Figure 30).

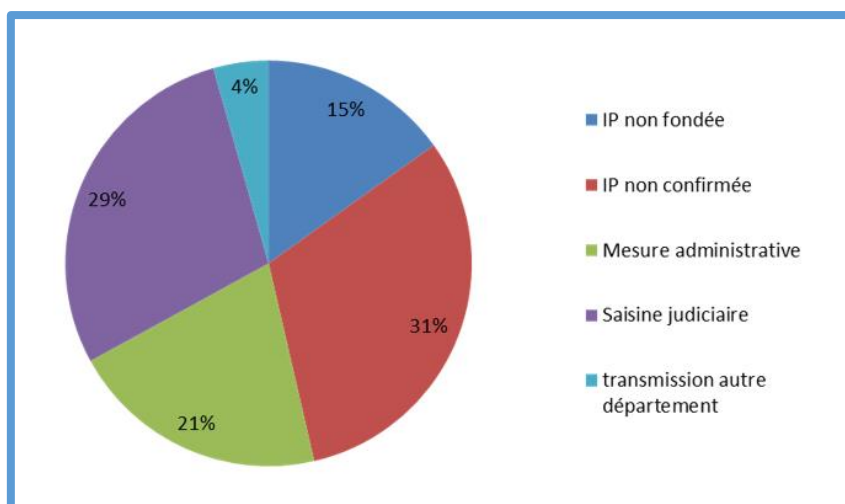


Figure 30: Suites données aux IP après évaluation en 2014 (CRIP de l'Isère)

Ceci est le résultat donné après une enquête allant jusqu'à 3 mois, ce qui confirme la nécessité de cette évaluation pluridisciplinaire face à une situation douteuse.

De plus, comme retrouvé dans notre étude, les IP sont parfois qualifiées de non fondées ou classées sans suite car un suivi médico-social était déjà mis en place (40% des IP

classées sans suite dans notre étude). Ce qui est le cas de 65% des IP classées non fondées selon la CRIP de l'Isère en 2014 (Figure 31).

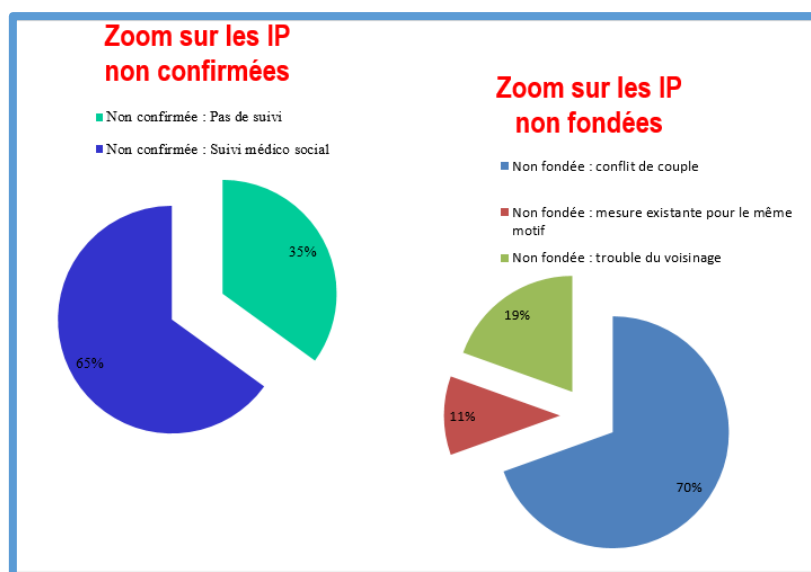


Figure 31: justification du non fondement des IP (CRIP de l'Isère 2014)

De même, cette évaluation peut conduire à une mesure judiciaire, comme dans 23% des IP dans notre étude (Figure 19) et jusqu'à près d'un tiers des situations selon l'étude de la CRIP de l'Isère en 2014 (Figure 30). Ceci signifie qu'une situation paraissant à risque ou qualifiée moins dangereuse lors de la rédaction du signalement, peut finalement nécessiter des mesures judiciaires lorsque l'environnement médico-psycho-social familial est pris en compte.

Notre étude reste une étude de faible puissance, à visée épidémiologique, monocentrique, rétrospective et sur une courte période. Bien que ce soit un véritable problème de Santé Publique (4^{ème} cause de décès infantile aux USA), le manque de données françaises sur l'enfance en danger, notamment en termes de chiffres, implique la nécessité de mettre en place un registre national et de poursuivre les études, à plus large échelle (multicentrique) et sur une plus longue période (prospective ?). En effet, aucun chiffre au niveau national n'est

disponible depuis la dernière enquête de l'ODAS en 2006 à laquelle nous nous référons dans notre discussion, soit depuis 10 ans !

VII. Conclusion

Trois principales carences existent à ce jour dans la prise en charge de l'enfance en danger: la difficulté des professionnels à **la reconnaître**, la réticence à **faire un signalement** une fois reconnue et l'absence de critères cliniques définissant le champ de la maltraitance.

La formation continue et l'information est à promouvoir, afin de sensibiliser les médecins et partenaires sociaux à une amélioration des pratiques.

Nous avons vu à travers notre étude que **l'hôpital garde une place primordiale** et nécessaire dans le dépistage et la prise en charge de ces enfants. Tout médecin doit le garder en mémoire lorsqu'il voit un enfant en consultation, l'hôpital étant identifié comme un lieu de recours aux soins, non stigmatisant et ouvert en permanence.

Les facteurs de risques identifiés par l'HAS sont retrouvés dans la majorité des cas et devraient être connus de tous, comme **FDR de maltraitance**, sans pour autant stigmatiser les familles. La recherche dans ce domaine reste importante tant pour mesurer la fréquence que pour identifier les familles à risque.

Le **tout petit enfant** (< 12mois) reste très vulnérable. Le jeune âge des enfants touchés justifie que de nouvelles réflexions soient faites en termes de **prévention et de soutien à la parentalité**.

La **négligence** est une forme de danger à part entière et doit bénéficier d'une information préoccupante ou signalement judiciaire lorsque la situation le nécessite.

La violence psychologique est une autre forme de danger qui est sans doute trop négligée mais difficile à repérer. Elle est cependant très souvent intriquée aux autres formes de violences et doit être considérée dans tous cas de maltraitance.

La prise en charge de la **fratrie** est indispensable.

L'**hospitalisation** est parfois nécessaire et ne doit pas retarder la prise en charge sociale et est conseillée pour évaluer une situation lorsqu'un doute s'installe.

L'évaluation d'une situation d'enfance en danger est **multidisciplinaire**, elle s'intègre dans un **partenariat indispensable** entre l'hôpital et les structures sociales spécialisées dans l'enfance en danger.

La nécessité de registres et d'études épidémiologiques semble indispensable à ce jour pour améliorer et valoriser cette prise en charge spécifique des enfants. Il n'existe pas en France de grandes études sur l'enfance en danger.

Il est certain que des améliorations de prise en charge sont indispensables à ce jour, axées sur un partenariat fort et organisé, et sur un dépistage précoce par des médecins formés. Même si la structure hospitalière doit continuer à jouer un rôle pivot, des mesures extra hospitalières bien définies en amont permettraient de diminuer la durée d'hospitalisation de ces enfants et pourraient à long terme éviter des situations aux conséquences lourdes, physiques, psychologiques ou sociales.

« Il faut tout un village pour qu'un enfant grandisse. » Proverbe Nigérian

THESE SOUTENUE PAR : SONNET Morgane

TITRE :

**ETAT DES LIEUX DES ECRITS DE SITUATIONS
D'ENFANCE EN DANGER A L'HCE DE GRENOBLE**
**Analyse des informations préoccupantes et signalements judiciaires réalisés par les
pédiatres hospitaliers entre 2012 et 2014**

CONCLUSION

Trois principales carences existent à ce jour dans la prise en charge de l'enfance en danger: la difficulté des professionnels à **la reconnaître**, la réticence à **faire un signalement** une fois reconnue et l'absence de critères cliniques définissant le champ de la maltraitance.

La formation continue et l'information est à promouvoir, afin de sensibiliser les médecins et partenaires sociaux à une amélioration des pratiques.

Nous avons vu à travers notre étude que **l'hôpital garde une place primordiale et nécessaire** dans le dépistage et la prise en charge de ces enfants. Tout médecin doit le garder en mémoire lorsqu'il voit un enfant en consultation, l'hôpital étant identifié comme un lieu de recours aux soins, non stigmatisant et ouvert en permanence.

Les facteurs de risques identifiés par l'HAS sont retrouvés dans la majorité des cas et devraient être connus de tous, comme **FDR de maltraitance**, sans pour autant stigmatiser les familles. La recherche dans ce domaine reste importante tant pour mesurer la fréquence que pour identifier les familles à risque.

Le **tout petit enfant** (< 12mois) reste très vulnérable. Le jeune âge des enfants touchés justifie que de nouvelles réflexions soient faites en termes de **prévention et de soutien à la parentalité**.

La **négligence** est une forme de danger à part entière et doit bénéficier d'une information préoccupante ou signalement judiciaire lorsque la situation le nécessite.

La **violence psychologique** est une autre forme de danger qui est sans doute trop négligée mais difficile à repérer. Elle est cependant très souvent intriquée aux autres formes de violences et doit être considérée dans tous cas de maltraitance.

La prise en charge de la **fratrie** est indispensable.

L'**hospitalisation** est parfois nécessaire et ne doit pas retarder la prise en charge sociale et est conseillée pour évaluer une situation lorsqu'un doute s'installe.

L'évaluation d'une situation d'enfance en danger est **multidisciplinaire**, elle s'intègre dans un **partenariat indispensable** entre l'hôpital et les structures sociales spécialisées dans l'enfance en danger.

La nécessité de registres et d'études épidémiologiques semble indispensable à ce jour pour améliorer et valoriser cette prise en charge spécifique des enfants. Il n'existe pas en France de grandes études sur l'enfance en danger.

Il est certain que des améliorations de prise en charge sont indispensables à ce jour, axées sur un partenariat fort et organisé, et sur un dépistage précoce par des médecins formés. Même si la structure hospitalière doit continuer à jouer un rôle pivot, des mesures extra hospitalières bien définies en amont permettraient de diminuer la durée d'hospitalisation de ces enfants et pourraient à long terme éviter des situations aux conséquences lourdes, physiques, psychologiques ou sociales.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le

(*) LE DOYEN

(*) LE PRESIDENT DE LA THESE

(*) J.P. ROMANET

(*) PROFESSEUR

VIII. Annexes

A. Liste des abréviations

AED : Aide Educative à Domicile

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASED : Cellule d'Accueil Spécialisé Enfance en Danger

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

FDR : Facteurs de Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Hôpital Couple-Enfant (CHU Grenoble)

HTA : HyperTension Artérielle

IP : Information Préoccupante

ODAS : Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PU : Urgences Pédiatriques

SBS : Syndrome du Bébé Secoué

SNATEM : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

SJ : Signalement Judiciaire

TISF : Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

B. Liste des Figures

Figure 1: Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. By C. Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller, and Henry K. Silver(4). ..	11
Figure 2: Conséquences de la maltraitance infantile et facteurs qui la conditionnent (23)	20
Figure 3: Schéma de transmission, de traitement et d'évaluation des IP (CRIP Isère).	24
Figure 4: Evolution du nombre d'enfants signalés en France entre 1998 et 2006 (28).....	26
Figure 5: Evolution du nombre d'enfants signalés entre 1998 et 2006 (28).....	26
Figure 6: Evolution du nombre d'enfants concernés par une information préoccupante (CRIP de l'Isère, 2014)	27
Figure 7: D'après un questionnaire réalisé auprès de médecins généralistes (1).	29
Figure 8: Répartition du nombre d'IP et SJ par année.....	36
Figure 9: Evolution du nombre de signalements entre 2011 et 2015.....	37
Figure 10: Répartition en nombre des IP et SJ selon la tranche d'âge	38
Figure 11: Evolution du nombre de signalements entre 2012 et 2014 selon les trois tranches d'âge.....	39
Figure 12: Répartition des signalements selon la forme de danger imputée.....	40
Figure 13: Répartition des formes de danger ayant conduit à un signalement suivant la tranche d'âge.....	41
Figure 14: Répartition des signalements suivant le rang dans la fratrie de l'enfant concerné..	43
Figure 15: Répartition des signalements suivant les services où ils ont été réalisés.....	44
Figure 16: Répartition en nombre d'IP et SJ réalisés selon les services.....	45
Figure 17: Nombre de cas pour chaque facteur de risque dans lesquels ils sont retrouvés	46

Figure 18: Pourcentage de SJ en fonction du nombre de FDR retrouvés dans chaque situation	46
Figure 19: suites données aux IP.....	49
Figure 20: Suites données aux SJ.....	49
Figure 21: Nombre de cas recensés selon les sources d'informations en 2002 (12).	52
Figure 22: origine des IP en 2014 (CRIP de l'Isère).	53
Figure 23: Nombre de départements ayant une cellule de signalement (prévue par la loi du 5 mars 2007) installée au 1er Novembre 2007 (28).....	54
Figure 24: Une majorité de signalement chez les enfants de 6-10 ans en 2006 selon l'ODAS (28).	57
Figure 25: proportion des signalements en fonction des formes de danger imputée (29).	58
Figure 26: proportion des différentes formes de danger imputées dans les signalements suivant les études.....	59
Figure 27: Augmentation du nombre de situations de maltraitance par violences psychologiques (28).	60
Figure 28: motifs ayant conduit aux signalements (CRIP de l'Isère, 2014).....	60
Figure 29: Facteurs de risques retrouvés dans des situations à risque et maltraitance avérée (41).	62
Figure 30: Suites données aux IP après évaluation en 2014 (CRIP de l'Isère)	65
Figure 31: justification du non fondememnt des IP (CRIP de l'Isère 2014)	66

IX. Bibliographie

1. El Hanaoui-Atif. Le signalement des maltraitements à enfants par les médecins généralistes. Grenoble: Université Joseph Fourier. Faculté de Médecine de Grenoble [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708587/document>
2. Caffey J. The Classic: Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronic Subdural Hematoma. *Clin Orthop Relat Res*. 2011 Mar;469(3):755–8.
3. Kleinman PK. “The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants”—A Commentary. *Am J Roentgenol*. 2008 Mar;190(3):559–60.
4. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. Landmark article July 7, 1962: The battered-child syndrome. By C. Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegemueller, and Henry K. Silver. *JAMA*. 1984 Jun 22;251(24):3288–94.
5. La loi de réforme de la protection de l'enfance | Observatoire National de L'Enfance en Danger | Oned [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://oned.gouv.fr/loi-reforme-protection-lenfance>
6. Susan MK Tan. MALTRAITEMENT ET EXPOSITION PRÉCOCE À LA VIOLENCE [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/B.1-CHILD-MALTREATMENT-FR-2015.pdf>
7. Dhénain M. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
8. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009 Jan;373(9657):68–81.
9. Tursz A, Vabres N, Fleury J, Picherot G, Briand-Huchet E, Cook J, et al. Maltraitance à la petite enfance [dossier]. *Revue Praticien*, 2011 [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: https://maltraitementedesenfantsgrandcausenationale2014.files.wordpress.com/2013/06/rdp_2011_5_652-maltraitance-diagnostique.pdf
10. Endom E, Vinci R, Drutz J. Physical abuse in children: Epidemiology and clinical manifestations. *ResearchGate* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2016 Mar 16];2009. Available from: https://www.researchgate.net/publication/255964957_Physical_abuse_in_children_Epidemiology_and_clinical_manifestations
11. Laurent-Vannier A., Bloch J. et al. Syndrome du bébé secoué. Recommandations de la Commission d'audit, HAS [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/syndrome_du_bebe_secoue_-_rapport_dorientation_de_la_commission_daudit.pdf
12. Spira A. La maltraitance envers les enfants ; *Questions de Santé Publique*. 2011, n°14 [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/110826112024_qspn-14-maltraitance.pdf

13. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth: a population based study. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Apr;60(4):337–40.
14. BOUBLIL M. Maltraitance infantile par conjugopathie [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://www.pediatrie-pratique.com/journal/article/maltraitance-infantile-par-conjugopathie>
15. Levert I. L'enfant exposé à la violence conjugale [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://www.la-psychologie.com/enfant%20et%20violence%20conjugale.htm>
16. Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. Making a link between childhood physical abuse and cancer: results from a regional representative survey. *Cancer*. 2009 Jul 15;115(14):3341–50.
17. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349.
18. Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Malarcher AM, Croft JB, et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2010;10:20.
19. Salmona M. memoire traumatique et victimologie | VIOLENCES FAITES AUX ENFANTS [Internet]. [cited 2016 Apr 2]. Available from: <http://www.memoiretraumatique.org/memoire-traumatique-et-violences/violences-faites-aux-enfants.html>
20. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001 Dec 26;286(24):3089–96.
21. Fergusson DM, Lynskey MT. Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse Negl*. 1997 Jul;21(7):617–30.
22. Lamont A. Effects of child abuse and neglect for children and adolescents [Internet]. Australian Policy Online. 2010 [cited 2016 Apr 2]. Available from: <http://apo.org.au/resource/effects-child-abuse-and-neglect-children-and-adolescents>
23. Lips U. et al. Maltraitance infantile _protection infantile: pas uniquement du ressort des pédiatres. *Primary Care 2014* [Internet]. [cited 2016 Mar 16]. Available from: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/2014/07/fr/pc-f-00654.pdf>
24. Hamilton-Giachritsis CE, Browne KD. A retrospective study of risk to siblings in abusing families. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div 43*. 2005 Dec;19(4):619–24.
25. Vrignaud D. [How to notify the authorities about child abuse]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie*. 2001 May;8 Suppl 2:431s – 435s.
26. Dinesh Sethi. European Report on Preventing Child Maltreatment - European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf

27. Questions-reponses-Maltraitance infantile - questions-reponses_maltraitance__enfants.pdf [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/questions-reponses_maltraitance__enfants.pdf
28. Avenard G. Protections de l'Enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. La Lettre de l'ODAS. Novembre 2007 [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf
29. Stephen C Boos. Physical abuse in children: Diagnostic evaluation and management [Internet]. [cited 2016 Apr 2]. Available from: <http://www.uptodate.com/contents/physical-abuse-in-children-diagnostic-evaluation-and-management>
30. Roussey M, Balençon M, Suissa P. [The role of the hospital in the protection of children]. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. 2009 Mar;16(3):217–9.
31. New Directions in Child Abuse and Neglect Research [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2014 [cited 2016 Mar 17]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/18331>
32. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, De Koning HJ, Moll HA. Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. BMC Pediatr. 2012 Oct 23;12:167.
33. Sarra Chaïeb, Clara Frantin et Tania, L, ejbowicz. ENQUÊTE NATIONALE INFORMATIONS PREOCCUPANTES, octobre 2011 [Internet]. [cited 2016 Apr 2]. Available from: http://oned.gouv.fr/system/files/publication/enquete_ip_201110_5.pdf
34. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 Mar 14, 2016.
35. Sibertain-Blanc D, Vidailhet C et al. Maltraitance et enfance en danger [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/15.%20MALTRAITANCE%203-37.pdf>
36. Child protection Australia 2004-05 (AIHW) - DownloadAsset.aspx [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455302>
37. Trocmé NM, MacLaurin BJ, Fallon BA, Daciuk JF, Tourigny M, Billingsley DA. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: methodology. Can J Public Health Rev Can Santé Publique. 2001 Aug;92(4):259–63.
38. Department of Education and Skills 2004 [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from: https://www.education.ie/en/Schools-Colleges/Information/Child-Protection/cp_procedures_primary_post_primary_2011.pdf
39. Parks S, Sugerman D, Xu L, Coronado V. Characteristics of non-fatal abusive head trauma among children in the USA, 2003--2008: application of the CDC operational case

definition to national hospital inpatient data. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev.* 2012 Dec;18(6):392–8.

40. Wolff F-C. L'influence du rang dans la fratrie sur le niveau d'éducation. *Inf Soc.* 2012 Oct 1;(173):61–9.
41. Christina Maneff, Claire Anne Wyler Lazarevic, Emilien Jeannot, Emmanuel Kabengele Mpinga, Philippe Chastonay. Maltraitance repérée dans le cadre scolaire à Genève : regard sur ces dix dernières années - revmed [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from: <http://www.revmed.ch/rms/2014/RMS-N-438/Maltraitance-reperce-dans-le-cadre-scolaire-a-Genève-regard-sur-ces-dix-dernières-années>
42. Protection de l'enfance : mieux comprendre les circuits, mieux connaître les dangers. - 199904_Ouvrage-odas-ProtectionEnfance.pdf [Internet]. [cited 2016 Mar 17]. Available from: http://odas.net/IMG/pdf/199904_Ouvrage-odas-ProtectionEnfance.pdf
43. Guterman NB, Lee Y, Lee SJ, Waldfogel J, Rathouz PJ. Fathers and maternal risk for physical child abuse. *Child Maltreat.* 2009 Aug;14(3):277–90.
44. Guenther E, Knight S, Olson LM, Dean JM, Keenan HT. Prediction of child abuse risk from emergency department use. *J Pediatr.* 2009 Feb;154(2):272–7.