



**HAL**  
open science

# Évaluations psycho-sociales des suspicions de violences sur mineurs : étude prospective menée au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Delphine Lucbert, Victor Troussel

## ► To cite this version:

Delphine Lucbert, Victor Troussel. Évaluations psycho-sociales des suspicions de violences sur mineurs : étude prospective menée au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01719889

**HAL Id: dumas-01719889**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01719889>**

Submitted on 28 Feb 2018

**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.

**Université de Bordeaux-Faculté de Médecine**  
**U.F.R DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2017

Thèse n° 134

Thèse pour l'obtention du  
**DÎPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2017

Par **LUCBERT Delphine**  
Née le 02 janvier 1988 à Langon

Et

Par **TROUSSET Victor**  
Né le 12 janvier 1991 à Le Mans

**Evaluations psycho-sociales des suspicions de violences sur mineurs**

Etude prospective menée au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Directeur de Thèse  
**Monsieur le Docteur Jean HIQUET**

Membres du Jury

**Madame le Professeur Sophie GROMB-MONNOYEUR**.....Présidente  
**Madame le Professeur Pauline SAINT MARTIN**.....Rapporteur  
**Madame le Professeur Adeline GOUTTENOIRE**.....Juge  
**Madame le Docteur Cynthia GARDERET**.....Juge  
**Monsieur le Docteur Christophe ADAM**.....Juge  
**Monsieur le Docteur Jean HIQUET**.....Juge

## **REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY**

### **Madame le Professeur GROMB-MONNOYEUR, Présidente du jury**

Vous nous faites l'honneur de présider notre thèse. Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez attribuée en nous autorisant à effectuer ce travail et de nous intégrer au sein de l'équipe de médecine légale.

### **Madame le Professeur SAINT MARTIN**

Nous vous remercions pour votre implication et votre grande réactivité concernant notre travail. Soumettre notre thèse à vos compétences médicales est un honneur.

### **Madame le Professeur GOUTTENOIRE**

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Votre présence et vos compétences juridiques nous apportent une gratification à notre travail.

### **Madame le Docteur GARDERET**

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Par votre présence dans notre jury, soyez assurée de notre reconnaissance.

### **Monsieur le Docteur ADAM**

Nous sommes ravis de vous compter parmi notre jury et nous vous en sommes très reconnaissants.

### **Monsieur le Docteur HIQUET**

Nous te remercions infiniment d'avoir accepté la tâche de directeur de thèse. Merci pour ta disponibilité, tes conseils, l'apport de tes connaissances dans ce travail et pour ta patience.

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie Madame le Professeur Gromb-Monnoyeur de m'avoir ouvert la porte du service de médecine légale ; je réalise le sens que cela signifie et je vous en suis reconnaissant.

Merci à vous, Jean, d'avoir accepté de réaliser ensemble ce projet de thèse ; c'est un honneur de travailler avec vous ; vos conseils fins et avisés me seront d'une précieuse aide pour l'avenir.

Un grand merci à mon binôme de thèse, Delphine ; quoi de plus beau que notre complémentarité pour aboutir à ce travail ; nous avons su mener notre barque à quai !

Merci à Céline et Gwenaëlle, les assistantes sociales du CAUVA, pour m'avoir permis d'assister à plusieurs évaluations. Vous m'avez apporté un éclairage que je tâcherais de garder à l'esprit lors de mon activité future.

Merci également à l'ensemble des psychologues du CAUVA qui ont participé à ce travail.

Merci à ma famille et à celle de Mathilde pour son soutien et ses encouragements tout au long de mes études.

Merci à mes ami.e.s, dont chacun d'entre vous représentez le ciment indispensable à ma construction, passée et à venir.

Un Merci spécial à Mathilde, merci de m'avoir plus qu'épauler au cours de ce périple qu'est les études de médecine ; je réalise à quel point tu as été importante à mes yeux par ta présence et ton accompagnement sans faille ; tu contribues à considérer ma pratique avec hauteur pour faire en sorte d'être un médecin honnête. Sache que cette virée arrivera bientôt à destination.

Un grand merci à l'équipe du CAUVA en particulier Gwen et Céline, les deux assistantes sociales du service, mais aussi à toutes les psychologues qui sont intervenues, Sandra, Stéphanie, Nathalie, Jennifer, Morgane et Michèle, sans qui ce travail n'aurait pas été possible

**A Victor, mon super co-thésard,**

Merci de m'avoir intégré à ce projet. Grâce à lui, on a appris à se connaître et à travailler ensemble. On a été complémentaire et je suis très contente d'avoir fait ta connaissance.

**A ma famille, mon père, ma mère, Christine, Joël, ma « sœur », ma petite nièce,**

Merci pour votre soutien, vos attentions particulières et vos mots d'encouragement. Merci d'avoir toujours été là pour moi et de m'aimer.  
Je vous aime même si je ne vous le dis pas souvent.

**A l'homme de ma vie,**

Merci d'avoir été là depuis le début de ses études longues et pleines de sacrifices pour nous deux. Merci pour ton soutien sans faille, ta motivation et tes petites attentions ainsi que tes bons petits plats, sinon je ne mangerais rien !! Sans toi je n'en serai pas là aujourd'hui.  
En espérant bientôt pouvoir fonder notre propre famille rien qu'à nous.  
Je t'aime à la folie petit chat.

**A Danielle,**

Merci à toi d'avoir relu cette thèse et d'avoir passé du temps à la corriger. Merci de m'avoir accepté dans cette famille de fou. Je t'embrasse (et joli papa aussi).

**A Marie,**

Grâce à toi ces trois années d'internat auront été plus douce. Je suis très heureuse d'avoir fait ta connaissance et que tu fasses, à présent, partie de mes plus proches amies. Merci pour ton soutien dans les moments de joie et de peine. Je t'adore.

**Aux coupines,**

On s'est connu au lycée, et depuis on ne se quitte plus. On a toujours fait en sorte de se voir même si pour cela il a fallu traverser la France ou l'Espagne, se perdre en randonnée ou prendre des branches en pleine tempête !!! Merci les filles pour tous les moments de joies, de rigolades, et pour m'avoir initiée aux cuisines du monde. Je vous aime toutes les quatre.

**A mes co-internes de Bergerac et Villeneuve sur lot,**

J'ai fait la connaissance de personnes formidables, j'ai passé avec vous tous de supers moments. On a ri, dansé, mangé bref on s'est éclaté.

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>PARTIE 1 : LA VIOLENCE, UN PHENOMENE AUX MULTIPLES FACETTES .....</b>	<b>10</b>
<b>A. La violence : définitions et classifications.....</b>	<b>10</b>
1. Etymologie .....	10
2. La violence selon l'Organisation Mondiale de la Santé .....	10
3. Les différentes formes de violences selon la nature de l'acte traumatique .....	11
<b>B. Les conséquences des violences .....</b>	<b>16</b>
<b>PARTIE 2 : EPIDEMIOLOGIE DU PHENOMENE.....</b>	<b>19</b>
<b>A. Approche épidémiologique à l'échelle internationale .....</b>	<b>19</b>
<b>B. Approche épidémiologique à l'échelle nationale.....</b>	<b>22</b>
<b>PARTIE 3 : LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE .....</b>	<b>27</b>
<b>A. Le cadre légal.....</b>	<b>27</b>
1. La loi du 5 mars 2007.....	27
2. La loi du 14 mars 2016.....	31
<b>B. Les acteurs.....</b>	<b>33</b>
1. Sociaux .....	33
2. Médicaux et paramédicaux.....	36
3. Judiciaires.....	37
<b>C. Les mesures .....</b>	<b>38</b>
1. Administratives .....	39
2. Judiciaires.....	39
3. Conséquences des mesures de placements .....	41
4. Quelques chiffres.....	41
<b>D. L'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE) : les chiffres dans le département de la Gironde :.....</b>	<b>42</b>
<b>PARTIE 4 : ETAT DES LIEUX DES RECOMMANDATIONS ACTUELLES .....</b>	<b>45</b>
<b>A. Les facteurs de risque.....</b>	<b>45</b>
<b>B. Du côté du professionnel.....</b>	<b>47</b>
<b>PARTIE 5 : LE CAUVA.....</b>	<b>50</b>

<b>PARTIE 6 : L'ETUDE</b> .....	<b>52</b>
<b>A. Objectifs</b> .....	<b>52</b>
<b>B. Matériel et Méthode</b> .....	<b>52</b>
<b>C. Résultats</b> .....	<b>53</b>
<b>PARTIE 7 : DISCUSSION</b> .....	<b>68</b>
<b>A. Critiques générales</b> .....	<b>68</b>
<b>B. Analyse des résultats</b> .....	<b>69</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>78</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>79</b>
<b>A. Fiche de recueil des données d'une évaluation psycho-sociale</b> .....	<b>79</b>
<b>B. Modèle type de signalement</b> .....	<b>84</b>
<b>C. Repérage et signalement de la maltraitance des enfants (HAS)</b> .....	<b>86</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>87</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>104</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>106</b>

# INDEX

ASE : Aide sociale à l'enfance

AED : Aide Educative à Domicile

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

CAUVA : Centre d'accueil en Urgence des Victimes d'Agressions

CMI : Certificat Médical Initial

CNAPE : Convention nationale des associations de protection de l'enfant

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

ITT : Incapacité Totale de Travail

JAF : Juge aux Affaires Familiales

MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion

MIN : Mort Inattendue du Nourrisson

MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SMPP : Syndrome de Münchhausen Par Procuration

SNATED : Service National d'Appel Téléphonique de l'Enfance en Danger

TISF : Travailleur d'Intervention Sociale et Familiale



## INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la violence est définie comme « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence* » [1]. Depuis 2012, l'OMS a mis en place une campagne mondiale pour la prévention de la violence afin de sensibiliser le grand public et les pouvoirs publics en s'attaquant aux causes et conséquences du phénomène tout en encourageant la prévention.

Concernant les enfants, l'OMS définit la maltraitance comme l'ensemble de « *toutes les formes de mauvais traitements physiques, et/ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou l'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance, ou de pouvoir* » [2].

En se fondant sur l'article 375 du Code civil, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit quant à elle la maltraitance en France comme « *le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants concernant sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation et son développement physique, affectif, intellectuel et social* » [3,4].

Un enfant maltraité est donc un enfant susceptible d'être victime d'actes violents de nature physique, sexuelle, psychologique et/ou de négligences lourdes ayant des conséquences potentiellement graves sur son développement physique et psychologique, voir létales dans les cas extrêmes. Dans plus de 80 % des cas, ces violences s'exerceraient au sein de la sphère familiale et se caractériseraient par leurs débuts précoces et leur chronicité [4,5].

D'après l'Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance (ONPE) au 31 décembre 2014, 290 000 enfants bénéficiaient d'une prise en charge en protection de l'enfance en France, soit 19,8% des moins de 18 ans [6]. Cela ne signifie pas que tous ces enfants ont été victimes de violences mais ce chiffre a le mérite de dresser les contours d'un phénomène qu'il semble difficile d'appréhender. Ce travail n'a pas pour objectif d'établir un état des lieux complet des chiffres sur le sujet, tant ces derniers sont variables en fonction des sources, des définitions retenues et des méthodologies de recherches utilisées.

En France, le dispositif de protection de l'enfance s'appuie sur un ensemble de professionnels aux champs d'activité variés avec comme pilier le service de l'aide sociale à l'enfance et le Juge des enfants [7]. Sur le plan législatif, les lois du 5 mars 2007 et du 14 mars 2016 ont remplacé la notion de maltraitance par celle d' « enfant en danger » et d' « enfant à risque de danger » et ont permis la création des Cellules départementales de Recueil, d'évaluation, et de traitement des Informations Préoccupantes (CRIP) qui reçoivent les informations préoccupantes (IP) et en fonction de chaque situation et du niveau de risque pour l'enfant, informent le procureur de la République.

La protection des mineurs fait intervenir de nombreux acteurs venant d'horizons différents, mais il n'existe pas à ce jour de consensus pour évaluer le risque de danger bien que la HAS ait publié certains outils d'aide au dépistage [8]. Au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggressions (CAUVA) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, tous les mineurs et leurs familles se présentant pour des faits de violences allégués ou suspectés bénéficient d'une évaluation psycho-sociale visant à évaluer le niveau de danger et à apporter la réponse la plus adaptée à l'objectif de protection de l'enfant [9].

Malgré l'effort collectif, les violences sur mineurs resteraient largement sous-estimées, sous-diagnostiquées et non-signalées [10].

La ministre des Familles, Madame Laurence Rossignol, a annoncé le 1<sup>er</sup> mars 2017, le premier plan interministériel pour lutter contre les violences faites aux enfants. L'objectif de ce plan est de « *sortir les violences faites aux enfants de l'invisible et de l'indicible* » [11]. Une approche épidémiologique, reposant sur des données statistiques fiables demeure un enjeu en France [12]. Il est nécessaire d'avoir une connaissance globale et précise du phénomène afin d'engager des stratégies de prévention et de prise en charge [13].

L'objectif principal de cette étude est d'enrichir les données épidémiologiques relatives aux mineurs et à leurs familles pris en charge au CAUVA pour des allégations ou des suspicions de violences. Notre hypothèse principale est qu'il n'existerait pas de profil type de victime.

Afin d'étayer notre propos, nous allons dans un premier temps nous attacher à définir les différentes formes de violences et leurs conséquences sur les victimes mineures. Après avoir présenté la méthodologie et les résultats de notre étude nous comparerons ces derniers aux données déjà publiées. Enfin, en conclusion, nous émettrons des recommandations en matière de dépistage et de prise en charge.

# **PARTIE 1 : LA VIOLENCE, UN PHENOMENE AUX MULTIPLES FACETTES**

Tenter de donner une définition générale et consensuelle de la violence s'avère extrêmement complexe pour ne pas dire impossible, tant les aspects que cette dernière peut revêtir sont multiples. Ainsi, cohabitent plusieurs définitions de la violence selon la forme qu'elle revêt et le contexte dans lequel elle est appréhendée.

## **A. La violence : définitions et classifications**

### **1. Etymologie**

Le terme « violence » est issu du latin « vis », désignant d'abord la force et plus encore l'abus de cette force sans égard à la légitimité de son usage [14].

### **2. La violence selon l'Organisation Mondiale de la Santé**

L'OMS complète sa définition rappelée en introduction par une classification, applicable à tous les âges de la vie, qui distingue les violences auto-infligées, les violences interpersonnelles dont les mineurs sont le plus souvent victimes dans la sphère familiale, et les violences collectives (Figure 1).

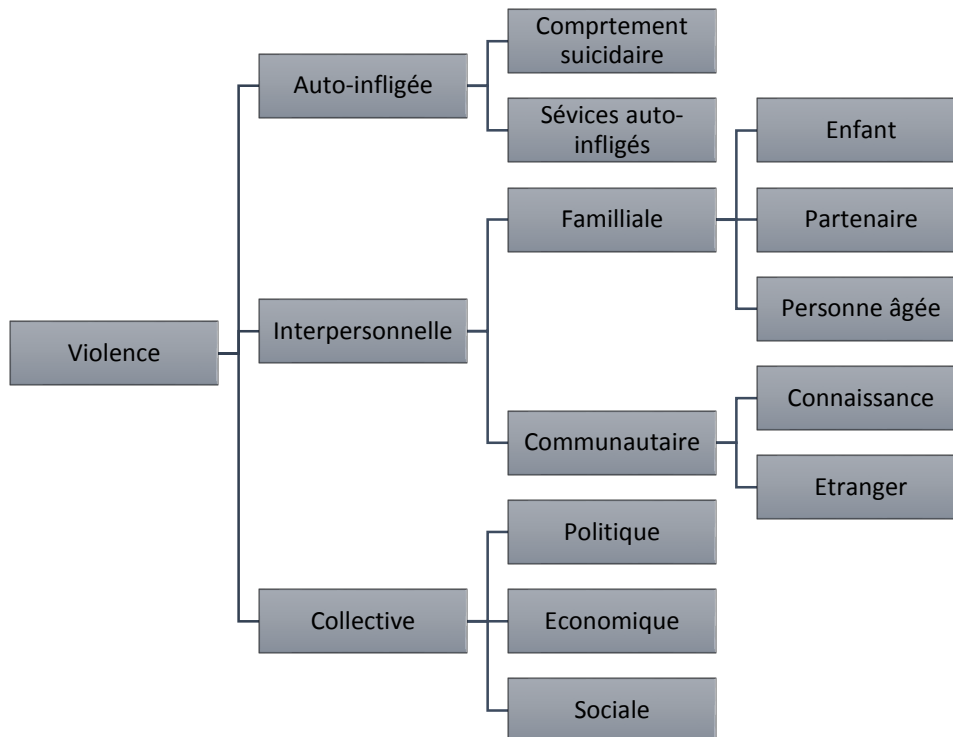


Figure 1 : Classification des violences selon l'OMS

### 3. Les différentes formes de violences selon la nature de l'acte traumatique

A côté de cette classification internationale, nous pouvons opérer une classification à partir de la nature de l'acte traumatique et ainsi distinguer :

- **Les violences physiques** :

Elles regroupent l'ensemble des actes (coups, secouements ...) susceptibles d'entraîner des lésions physiques (ecchymoses, hématomes, plaies, brûlures, morsures, fractures...) voir dans les cas les plus graves le décès de l'enfant [2,8,15].

En France, Le code pénal définit la violence physique comme l'acte par lequel un individu porte atteinte à l'intégrité physique d'un autre individu par le biais d'un contact physique (article 222-7 et suivants). La violence commise sur un mineur de moins de quinze ans par « un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par autre personne ayant autorité sur le mineur » constitue une circonstance aggravante susceptible de majorer la sanction pénale [16].

- **Les violences sexuelles :**

L'OMS les définit comme les actes commis sur un enfant par un autre individu quel que soit son âge ou son sexe pour en retirer un plaisir sexuel [2].

Notre droit pénal opère quant à lui une distinction dans la qualification de l'infraction sexuelle.

L'article 222-23 du Code pénal définit le viol comme « *tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise* » [17] et l'article 222-22 qualifie d'agression sexuelle « *toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise* » [18].

Les articles 227-25 et suivants disposent que les atteintes sexuelles ne sont susceptibles d'être commises qu'à l'encontre des mineurs avec la particularité d'être exclusives de la violence, contrainte, menace et surprise [19]. Si toutefois il apparaît que l'un de ces procédés a été mis en œuvre par l'auteur de l'infraction, sa responsabilité pénale doit être recherchée sur le terrain du viol ou de l'agression sexuelle, aggravé par la circonstance de minorité de la victime.

L'inceste, rétabli par la loi du 14 mars 2016, est défini comme « *les viols et les agressions sexuelles commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur* ». Le milieu intrafamilial est précisé et s'étend à « *un ascendant ; un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ; le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait* » [20].

- **Les violences psychologiques :**

Elles se définissent par l'exposition répétée à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique de la victime. Elles rassemblent l'ensemble des actes ou paroles visant à dénigrer, ridiculiser, menacer, intimider ou discriminer l'enfant [21].

Classiquement, sont pénalisés le harcèlement moral commis dans le cadre des relations de travail depuis la loi du 17 janvier 2002 et le harcèlement commis au sein du couple consacré par la loi du 9 juillet 2010 au travers de l'article 222-33-2-1 du Code pénal [22,23].

La loi du 4 août 2014 consacre une incrimination générale de l'infraction de harcèlement moral [24]. Ainsi, l'article 222-33-2-2 du Code pénal définit le harcèlement comme « *le fait de harceler une personne par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de vie, se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale.* » Il s'agit d'un délit puni d'une peine d'un an d'emprisonnement, dont la répression est portée à 2 ans lorsque les faits sont commis par l'utilisation du réseau internet. La finalité du législateur était de permettre d'appréhender pénalement les violences morales commises au sein des établissements scolaires.

- **La négligence :**

La négligence est une forme de violence où la personne responsable de l'enfant ne veille pas à son développement. Elle peut porter sur divers éléments, à savoir l'alimentation, l'éducation, le rythme de sommeil ainsi que l'hygiène ou les soins médicaux. Elle touche de manière prépondérante les jeunes enfants. La négligence sera qualifiée de lourde lorsqu'elle a des conséquences graves sur le développement physique et psychique de l'enfant, pouvant conduire dans certains cas au décès de l'enfant [21].

- **Les violences économiques :**

Elles sont définies usuellement par ce que l'on appelle le « racket » mais le Code pénal retient le terme d'extorsion [25]. Il s'agit du fait d'obtenir par violence, menace de violences ou contrainte soit une signature, un engagement ou une renonciation, soit la révélation d'un secret, soit la remise de fonds, de valeurs ou d'un bien quelconque [26].

- **Quelques formes particulières de violences :**

- ✓ **Le harcèlement scolaire :**

Il représente un cas particulier de violences en milieu scolaire se déclinant sous plusieurs modes. Selon la définition internationale commune proposée par Smith, il s'agit : « *d'une violence répétée, physique ou psychologique, au sein d'un établissement scolaire, perpétrée par un ou plusieurs élèves à l'encontre d'une victime qui ne peut se défendre car en position de faiblesse, l'agresseur agissant dans l'intention de nuire à sa victime* » [27]. Cette

définition, reprise par le ministère de l'Education Nationale dans son guide pédagogique, fait ressortir trois caractéristiques : un phénomène de violence (verbale, physique ou psychologique), une répétitivité sur une période de temps donné et un isolement de la victime inscrite dans un rapport de domination avec le ou les agresseurs [28]. Le harcèlement scolaire toucherait environ 6% de la population scolarisée côté agresseurs et 9,5% côté agressés avec environ 2% à 3% d'entre eux qui seraient à la fois agressés et agresseurs [29].

#### ✓ **La cyber violence scolaire :**

La révolution internet (ou numérique in extenso) s'est accompagnée d'un progrès constant dans le développement des nouveaux moyens de communication ainsi que dans la diversification des moyens de diffusion. C'est parallèlement à cet essor, qu'un nouveau mode de harcèlement appelé « cyber violence scolaire » s'est développé [30].

Selon le ministère de l'Education Nationale, on parle de cyber-violence pour définir tout acte agressif, intentionnel, perpétré par un individu ou un groupe aux moyens de médias numériques (internet, ordinateur ou téléphone portable) envers une ou plusieurs victimes. La cyber violence est un phénomène récent d'autant plus préoccupante qu'elle serait en hausse constante. En 2013, 18% des collégiens déclaraient avoir été insultés, humiliés ou victimes d'actions dévalorisantes par le biais des outils de communication (téléphone portable type smartphone, internet et réseaux sociaux) [30].

La cyber-violence toucherait davantage les filles (21%) que les garçons (15%) et augmenterait au fil de la scolarité [30].

Bien qu'il s'agisse d'un phénomène relativement nouveau, sa prévalence ne fait qu'augmenter au fil des années et des avancées technologiques. Si ces taux restent toujours retrouvés en dessous des taux du harcèlement scolaire traditionnel, les conséquences sont souvent perçues plus graves et la cyber-violence présente un réel impact sur la santé mentale des jeunes qui y sont confrontés.

Cette tendance amènerait à penser le cyber-harcèlement non plus comme une extension du harcèlement traditionnel mais comme un phénomène par lui-même indépendant de tout autre forme de maltraitance et ayant des conséquences graves sur le mineur.

#### ✓ **Le syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) [31] :**

Forme particulière de violence à l'égard d'un enfant, le syndrome de Münchhausen par procuration (SMPP) se caractérise par la présence de troubles factices d'une maladie simulée ou produite sur l'enfant par un tiers, dans la majorité des cas un des parents et en particulier la mère. Il se définit par quatre critères devant tous être présents pour envisager le diagnostic de SMPP :

- Une maladie simulée et/ou produite par un parent sur son enfant
- Une présentation répétée de l'enfant pour des soins médicaux ou chirurgicaux, conduisant à des procédures diagnostiques et thérapeutiques multiples
- Un déni de la connaissance de l'origine des troubles par le parent responsable
- Une régression des symptômes quand est instaurée une séparation parent/enfant [32,33].

La disparition des symptômes lors de l'isolement de l'enfant avec sa famille par une hospitalisation par exemple est un élément fondamental du diagnostic.

Ce syndrome est une forme rare mais grave de maltraitance. Son épidémiologie est difficile à appréhender en raison de critères diagnostiques non consensuels (différents selon les études) entraînant une probable sous-estimation du phénomène. L'incidence annuelle est estimée à au moins 0,5/100 000 enfants âgés de moins de 16 ans et d'au moins 2,8/100 000 enfants âgés de moins d'un an [34]. Il toucherait volontiers le jeune enfant : un tiers des cas serait diagnostiqué avant l'âge d'un an et la moitié avant deux ans [35].

#### ✓ **Les enfants témoins de violences intrafamiliales :**

D'après Charrier et al, les violences conjugales au sein du foyer, et dont l'enfant est le témoin sont pour lui des violences à proprement parler car elles créeraient un climat familial marqué par l'insécurité, l'instabilité et la menace. Elles seraient identifiées comme une forme de mauvais traitements psychologiques et auraient pour effet de troubler le développement, la socialisation de l'enfant en le terrorisant et en l'isolant. Pour eux, « *un enfant exposé est un enfant qui n'est pas protégé* » [36].

Pour Fortin, la fréquence et la sévérité de la violence ont un impact réel sur l'attitude de l'enfant, il devient plus vigilant à tous les signes annonciateurs de violences. Cette grande vigilance est source de détresse pour lui [37]. L'auteur introduit aussi la notion de parentification de l'enfant. Ce dernier prend soin de ses frères et sœurs plus jeunes, du domicile, et du parent victime, en le soutenant et en le réconfortant. Cependant cette



parentification aggraverait la souffrance de l'enfant. Malgré la séparation parentale, les violences conjugales restent fréquentes, elles vont s'exprimer en particulier lors des temps de rencontre pour l'échange de garde de l'enfant, comme le remarque Fortin dans sa présentation de dossier. Il est intéressant de noter qu'au Québec, la loi prévoit la possibilité de rédiger un signalement pour les enfants témoins et donc victimes des violences conjugales [38].

Depuis 2006, la Délégation aux victimes (DAV) du ministère de l'Intérieur comptabilise le nombre de morts violentes dans le cadre de violences conjugales (femmes, hommes et enfants). Dans son étude nationale publiée en 2015, 36 enfants seraient morts dans le cadre de violences conjugales [39].

En novembre 2015, la mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) a développé un kit de formation sur l'impact des violences au sein du couple sur les enfants [40]. Le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants propose de former les professionnels à repérer et prendre en charge les enfants victimes des violences conjugales notamment au travers de ce kit [11].

Au cours de sa vie, un même enfant peut être simultanément ou successivement soumis à plusieurs formes de violences, ce qui peut entraîner des conséquences graves pour son développement et sa santé, c'est le phénomène de cooccurrence de la violence [41].

## **B. Les conséquences des violences**

L'OMS prend en compte dans sa définition la multiplicité des conséquences des comportements violents qui sont à risque de compromettre le bien-être individuel, familial et communautaire. Elles peuvent s'exprimer de manière aiguë ou à plus long terme et de façons différentes selon l'âge de la victime :

Les carences chez le nourrisson représentent 46% des cas de maltraitance. Elles peuvent entraîner un retard staturo-pondéral, des troubles du développement psychomoteur, des troubles du comportement et/ou des interactions sociales. Leur gravité est corrélée à l'âge de survenue [42].

Roussey et al mettent en avant deux tableaux cliniques typiques : l'hypotrophie staturo-pondérale et le nanisme psycho-social.

Dans l'hypotrophie staturo-pondérale par carence d'apport, l'enfant présente une courbe staturo-pondérale très en deçà de la normale, il existe une véritable dénutrition qui s'améliore rapidement au cours de la prise en charge hospitalière. Cependant, le retour à une croissance normale peut s'avérer incomplet si la prise en charge est tardive.

Le nanisme psycho social dans lequel se caractérise par un retard de la croissance staturale acquis par déficit de production d'hormone de croissance dans le cadre d'un trouble du lien mère/enfant. Son traitement passe par le retrait de l'enfant de son cadre contraignant [42].

Si la majorité des violences physiques génère des traumatismes contus rapidement et spontanément régressif (ecchymoses, hématomes...) certaines formes telles que les brûlures, les fractures et les traumatismes crâniens non accidentels, exposent l'enfant à des séquelles graves à l'origine de graves handicaps et infirmités [43].

Il n'est pas rare que la maltraitance ait pour conséquence le décès du nourrisson. 80% des homicides perpétrés sur des enfants sont causés par les parents. D'après Tursz, il existerait une sous-estimation importante en France des cas d'infanticide, notamment parce que de nombreux cas de morts subites du nourrisson sont classés en mort inattendue du nourrisson en l'absence d'investigation malgré les recommandations en vigueur [44,45].

Pour Vanthournout, les enfants victimes de violences seraient plus exposés à l'apparition de troubles de l'identité, d'anxiété, de troubles du comportement, de troubles du langage, de difficultés scolaires et de sentiments d'autodépréciation [46].

Les violences sexuelles seraient à l'origine d'une absence d'estime de soi, d'un sentiment de culpabilité et de honte, d'idées suicidaires et de comportement d'automutilations. En grandissant, les sujets seraient plus exposés au passage à l'acte hétéro agressif, mais aussi à des conduites addictives, des troubles du comportement alimentaire, des troubles obsessionnels compulsifs pouvant aller jusqu'au suicide. Certaines études montrent que ces enfants auraient une tendance aux comportements sexuels inadaptés pour l'âge avec des troubles du développement sexuel [47].

Selon Thellier, les conséquences de la maltraitance et des violences se traduiraient également chez l'adolescent par des manifestations somatiques notamment gynécologiques chez les filles, et de façon équivalente pour les deux sexes, des conséquences sur l'éducation avec absentéisme, déscolarisation et échec scolaire [48].

Les conséquences à l'âge adulte sont multiples (mauvaise perception de sa santé, troubles du développement sexuel, anxiété, dépression, faible estime de soi, troubles dissociatifs ou de la personnalité voir véritable état de stress post traumatique) [49]. Norman et al. suggèrent un lien de causalité entre la maltraitance dans l'enfance et les troubles dépressifs, la toxicomanie, les tentatives de suicide, les infections sexuellement transmissibles et les comportements sexuels à risque à l'âge adulte [50].

Le risque serait également plus élevé pour l'adulte de reproduire un comportement agressif ou violent sur leurs propres enfants, c'est ce qu'on appelle la violence transgénérationnelle [5,51].

En conclusion, peu d'études évaluent les conséquences à long terme auprès d'adultes ayant subi plus d'une forme de violence pendant l'enfance, mais il a été démontré que le fait d'avoir subi plusieurs types de violences au cours de l'enfance, augmente le risque de séquelles à l'âge adulte. Le dépistage précoce de la maltraitance a donc un intérêt majeur pour prévenir les complications et limiter leurs effets lorsque ces dernières apparaissent [49].

## **PARTIE 2 : EPIDEMIOLOGIE DU PHENOMENE**

Après avoir détaillé les différentes formes de violences et leurs conséquences à court, moyen et long terme, intéressons-nous à présent à l'épidémiologie du phénomène, tant au niveau international qu'au niveau national.

### **A. Approche épidémiologique à l'échelle internationale**

Les méthodologies d'étude et les définitions retenues des violences varient entre les pays [52]. Ainsi, obtenir des données chiffrées comparatives est complexe, et la littérature regorge de chiffres qu'il n'est pas envisageable de tenter de comparer. Ainsi, nous discuterons essentiellement des résultats de méta-analyses ayant un fort niveau de preuve.

- **Dans le monde :**

La maltraitance sur enfant est un phénomène global atteignant l'ensemble des pays. Elle demeure un problème majeur de santé publique dans les pays à hauts revenus. Une méta-analyse, regroupant plusieurs études internationales anglophones menées dans des pays à hauts revenus, estimerait la prévalence de la maltraitance à 10% des enfants [53]. Elle se base sur une définition de la maltraitance infantile établit par The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et qui concerne « *tous les actes commis directement par omission, par un parent ou d'une autre personne qui s'occupe de l'enfant, aboutissant à un dommage, un dommage potentiel, ou à une menace de dommage pour un enfant. Ce dommage n'a pas besoin d'être intentionnel* » [54].

Selon cette étude, chaque année entre 4% et 16% des enfants seraient victimes de violences physiques ; un enfant sur dix serait victime de violence psychologique ou de négligence ; Les violences sexuelles à type de pénétration concerneraient entre 5% et 10% des filles et 5% des garçons, et jusqu'à 15% des enfants seraient exposés à n'importe quel type de violence sexuelle.

Pendant l'enfance, 5% à 35% des enfants seraient soumis à des violences physiques sévères et 15% à 30% des filles et 5% à 15% des garçons seraient victimes de violences sexuelles de tous types.

L'étude ouvre à la discussion d'un nouveau type de maltraitance sur enfant en considérant « les enfants témoins de violences conjugales » comme un type de maltraitance. Le risque d'un autre type de maltraitance chez les enfants témoins de violences conjugales serait de 30% à 60% [55,56]. D'après l'Observatoire national des violences faites aux femmes, 143 000 enfants vivent dans un foyer où une femme a déclaré être victime de violences physiques et/ou sexuelles de la part de son (ex-) conjoint. 42 % de ces enfants ont moins de 6 ans et 35 mineurs en France ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple en 2014 [57].

Plusieurs études ont montré qu'un enfant exposé à un type de maltraitance avait un risque plus élevé d'être exposé à d'autres types de maltraitance [33-39].

Aux Etats-Unis, 22% des enfants connus des services de protection de l'enfance pour un type de maltraitance étaient à nouveau enregistrés dans les 24 mois [58]. Une prévalence similaire était retrouvée en Angleterre (24% dans les 27 mois) et dans huit pays européens [59,60]. Cette fréquence d'exposition est corrélée à la sévérité du type de maltraitance subie par l'enfant [61–64]. Ainsi, pour un certain nombre d'enfants, la maltraitance est loin d'être un évènement isolé mais au contraire, un état chronique.

#### ✓ **Violences physiques :**

Pour Stoltenborgh en 2013, la prévalence mondiale de la violence physique chez les moins de 18 ans serait de 0,3% pour les études dans lesquelles la violence était documentée par un informateur ; de 22,6% pour les études dans lesquelles la violence était auto-déclarée, sans différence apparente entre les filles et les garçons [65].

Les auteurs soulignent que ces résultats provenant de différentes études sont loin d'être homogènes, du fait de nombreux biais qui interviennent rendant difficile la comparaison des études internationales. L'un de ces biais porte notamment sur la définition de la violence physique selon le pays. De plus hauts taux de prévalence ont été trouvés dans les études utilisant une définition plus large du *child physical abuse*.

#### ✓ **Violences sexuelles :**

Toujours selon Stoltenborh en 2011, la prévalence mondiale de la violence sexuelle chez les moins de 18 ans serait de 0,4% dans les études dans lesquelles la violence était documentée par un informateur ; de 12,7% pour les études dans lesquelles la violence était auto-déclarée,

avec une prévalence de 18% chez les filles et de 7,6% chez les garçons [66]. Cependant, la méthodologie de l'étude influence considérablement la prévalence de la violence sexuelle dans les études par auto-déclaration.

En 2012, une autre revue systématique de la littérature estimait la prévalence globale des violences sexuelles tous types à 15% pour les filles et à 8% pour les garçons de moins de 18 ans [67]. Cependant, la principale limite de cette revue est la forte hétérogénéité entre les études incluses dans la méta-analyse et persistante avec les analyses en sous-groupes.

#### ✓ **Violences psychologiques :**

Une synthèse d'études internationales estimait en 2012 la prévalence globale de la violence psychologique de 0,3% à 36,3% (études déclaratives) sans différence de sexe [68]. L'auteur explique en partie cette large différence par la méthodologie employée plus qu'aux caractéristiques des enfants et à la définition donnée de la violence psychologique.

Une autre méta-analyse mesurait en 2011 une prévalence globale de la violence psychologique à 18,4% dans les études déclaratives [69].

#### ✓ **Les négligences :**

Peu d'études européennes ont été faites sur la négligence. Les études internationales montrent que la prévalence concernant la négligence serait aussi haute que les autres types de violences [5]. La négligence physique serait de 16,3% et la négligence affective de 18,4%. Cependant, les statistiques officielles de la maltraitance sur enfant indiquent une prévalence dix fois plus faible.

En conclusion, l'approche épidémiologique du phénomène de violence est complexe et difficile. La fréquence varie considérablement selon le pays et la méthode de recherche utilisée.

#### ✓ **Les homicides sur mineurs :**

De multiples études internationales soulèvent le problème de probables confusions lors de la certification des décès entre homicides, accidents, mort subite de nourrissons et morts « de cause inconnue ». Elles constatent la sous-estimation des infanticides dans les statistiques officielles [70–75].

L'OMS estime que par le monde en 2002, environ 53 000 enfants âgés de 0 à 17 ans ont été victimes d'un homicide.

Malgré l'existence de plusieurs études internationales menées dans des pays à revenu faible ou intermédiaires, l'absence de données dans plusieurs pays fait encore défaut. Le guide sur la prévention de la maltraitance des enfants produit en 2006 par l'OMS attire l'attention sur « *l'importance cruciale de concevoir les politiques de prévention avec la participation des intervenants du secteur de santé publique, et sur le besoin d'améliorer la collecte de données* » [76]. Nous retenons donc l'ampleur d'un problème mondial qui n'épargne aucun pays.

- **En Europe :**

En 2013, l'OMS a publié un rapport sur la prévention de la maltraitance sur enfant résultant d'une revue systématique des études européennes [5]. La prévalence de chaque type de violence serait de 9,6% pour les violences sexuelles dont 13,4% pour les filles et 5,7% pour les garçons ; de 22,9% pour les violences physiques ; de 29,1% pour les violences psychologiques sans différence de sexe pour ces deux dernières.

La comparaison entre les pays européens de l'épidémiologie de la maltraitance nécessite de prendre en compte le modèle de protection de l'enfance dans chaque pays car il existe des variations dans l'organisation de celle-ci tant sur le plan législatif que sur le plan social [77].

## **B. Approche épidémiologique à l'échelle nationale**

En France, l'approche épidémiologique du phénomène de maltraitance est, elle aussi, difficile et complexe [78]. La Loi du 10 juillet 1989, relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, a rendu obligatoire le recueil en permanence des informations relatives aux mineurs maltraités en instituant un dispositif départemental de signalement sous la responsabilité du président du conseil départemental [79]. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a confirmé cette obligation et a élargi le dispositif de recueil des informations en consacrant la notion « d'enfants en danger ».

Jusqu'en 2006, l'Observatoire national de l'Action Sociale décentralisée (ODAS) recueillait annuellement le nombre de signalements d'enfants en danger et les types de mauvais traitements (Figure 2). En 2006, on dénombrait sur le territoire français 98 000 enfants en danger, dont 79 000 enfants en risque de danger et 19 000 enfants maltraités [80]. Parmi ces cas, 33% concernaient des violences physiques, 26% des violences sexuelles, 23% des négligences lourdes et 18% des violences psychologiques.

	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
<b>Total des enfants maltraités</b>	<b>19 000</b>	<b>18 500</b>	<b>18 300</b>	<b>18 000</b>	<b>18 500</b>	<b>18 000</b>	<b>19 000</b>	<b>20 000</b>	<b>19 000</b>

Source Odas 2007

Figure 2 : Evolution des types de violences sur mineurs ayant fait l'objet d'un signalement entre 1998 et 2006 : extrait de la lettre de l'ODAS, protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs (2007) [80].

Selon les données de l'ODAS en 2006, la prévalence nationale des enfants en danger était de 2,7 à 11,8 pour 1 000 selon le département.

D'après les chiffres de L'ONDRP, les mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15 ans sont en constante augmentation depuis 1996 avec 6 038 enfants, 14 485 enfants en 2007 et 17 889 enfants en 2011.

Les chiffres avancés par l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED, créé par la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance) se basent sur les enfants bénéficiant d'une mesure de protection. Dans son onzième rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement, l'ONED publie une estimation de la population des enfants pris en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2014. A cette date, la protection de l'enfance concerne, en France, environ 290 000 mineurs (soit 1,98‰ des 0- 17 ans) dont près de la moitié font l'objet d'un placement ou d'une mesure en milieu ouvert.



L'analyse de ces données, provenant de sources différentes, révèle la variété des chiffres pour mesurer l'ampleur réelle du phénomène de maltraitance infantile en France. Cette discordance s'expliquerait notamment par des estimations rapportées à des tranches d'âge différentes, une variabilité de la définition de la maltraitance ou du danger, des unités de mesures diverses (signalement pour l'ODAS, mesure de protection pour l'ASE/ONED, plainte pour la police et la gendarmerie) [78].

Ces chiffres ne se recoupent pas entre eux et sont probablement sous-estimés si on les compare à la prévalence de la maltraitance de 10% retrouvée dans les pays à hauts revenus [81]. L'absence de chiffres fiables et récents en France ne permet pas de comparaisons internationales sur la prévalence de la maltraitance infantile. Néanmoins, l'augmentation croissante de la fréquence de la maltraitance infantile montre que la fréquence du nombre d'enfant en danger augmente et que le repérage de ces situations par les professionnels de santé s'améliore et s'accroît.

- **Violence sexuelle sur mineur en milieu intrafamilial :**

Dans le cadre de ses recommandations portant sur le repérage et le signalement de l'inceste par les médecins, l'HAS définit la maltraitance sexuelle envers un mineur par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle [82]. L'HAS souligne qu'il existe peu d'études permettant d'obtenir une évaluation précise de l'épidémiologie, ce phénomène reste difficile à apprécier. En outre, avant la réintroduction de l'inceste dans le code pénal, les statistiques du ministère de la Justice ne permettent pas de connaître le nombre de condamnations pour inceste avant cette date. Les violences sexuelles intrafamiliales seraient plus fréquentes chez les filles et l'auteur de ces violences serait le plus souvent un homme. Cependant, le nombre de victimes chez les garçons serait probablement sous-estimé car ceux-ci seraient plus réticents à se confier que les filles. Près de deux millions d'adultes pourraient avoir été victimes d'un inceste pendant leur enfance alors que seulement 15 000 nouveaux cas de violences sexuelles sur mineur sont constatés chaque année [83].

Ainsi, un nombre important d'incestes ne seraient ni repérés ni signalés aux autorités en charge de la protection des victimes alors que les cas d'incestes constitueraient 20% des procès d'Assises [84].

Malgré cette reconnaissance législative récente et des recommandations formulées en 2011 par les sociétés savantes, l'inceste demeure tabou alors que les violences sexuelles sur mineurs se déroulent majoritairement au sein de la famille.

Le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants a pour objectif d'améliorer d'une part, la connaissance épidémiologique de ce phénomène et d'autre part, la compréhension et les conséquences globales sur la santé des enfants victimes d'inceste [11].

- **Homicides :**

Le code pénal opère une distinction entre l'homicide involontaire qui est « *le fait de causer par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité, la mort d'autrui* » [85] et l'homicide volontaire ou meurtre qui est « *le fait de donner volontairement la mort à autrui* » [86]. Le caractère volontaire et la minorité constituent selon le code pénal des circonstances aggravantes de l'homicide.

Les infanticides se définissent par un homicide commis sur un enfant âgé de moins de 1 an. Ils sont surreprésentés parmi l'ensemble des victimes d'homicides. Les données officielles selon la publication annuelle des causes médicales de décès par le CépiDc montrent que le taux d'homicide avant l'âge de 1 an est parmi le plus élevé. Dans la dernière publication de 2014 par le CépiDc, ce taux était de 0,9 pour 100 000 contre 0,2 à 0,7 pour les autres tranches d'âges (jusqu'à 95 ans) soit 7 cas d'infanticides et 25 cas d'homicide pour les enfants de moins de 15 ans [87].

Une étude menée par l'Inserm auprès des structures de soins (services hospitaliers, centres de référence de la mort subite du nourrisson) et des tribunaux sur la période 1996-2000 sur « les morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an », a démontré cette sous-estimation des homicides par rapport aux données officielles. Les chiffres officiels nationaux faisaient état de 17 cas d'infanticides par an en moyenne sur cette période contre 255 cas par an en moyenne pour l'étude de l'Inserm [88]. Pour expliquer en partie cette sous-estimation, Tursz montre qu'une part importante de la mortalité infantile serait liée aux accidents domestiques à un âge où selon Tursz, il y aurait moins de probabilité d'être responsable d'un accident domestique (a contrario de la tranche d'âge 1-4 ans où ce type d'accident mortel est le plus fréquent).

Le plan interministériel de lutte contre les violences faites aux enfants énonce des propositions pour recenser et rendre visible ces violences [11]. Il propose d'organiser annuellement le recensement statistique et la publication du nombre d'enfants morts à la suite

de violences intrafamiliales. L'amélioration des connaissances épidémiologique de ce phénomène permettra de mieux le prévenir.

Pour cela, les données recueillies par les différents acteurs (le service statistique du ministère de l'Intérieur et le ministère des Affaires Sociales et de la Santé) seront transmises chaque année à l'ONPE, qui sera chargé de leur publication annuelle (à compter de janvier 2018 pour les chiffres de 2016). Ces données seront également transmises au CNPE (créé par la loi du 14 mars 2016). La deuxième mesure est de favoriser la systématisation des examens post-mortem en cas de mort inattendue du nourrisson (MIN). Le recours à l'autopsie en cas de MIN permettrait d'identifier des homicides liés à des violences physiques et/ou sexuelles et ainsi de prévenir les récidives et d'engager le cas échéant, des poursuites pénales contre le responsable.

L'objectif est d'homogénéiser la prise en charge en cas de MIN. La HAS a formulé des recommandations en 2007 relatives à « *la prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson* » [89]. D'après celles-ci, s'il existe des présomptions de violence sur l'enfant, les médecins doivent sans délai signaler au parquet la situation en vue d'une autopsie judiciaire. Dans le cas contraire, un certain nombre d'explorations médicales post-mortem doivent également être nécessairement menées pour tenter d'établir la cause du décès. Si ces examens ne permettent pas d'établir clairement la cause de la mort, une autopsie judiciaire doit être pratiquée sur accord du parquet.

De nouvelles recommandations faites par l'HAS seraient attendues pour l'année 2017.

Pour illustrer notre propos, le centre de référence de la mort inattendue du nourrisson (CRMIN) du CHU de Bordeaux a mis en place depuis 2008 une procédure concernant la conduite à tenir en cas de MIN. Celle-ci est partagée avec le service de médecine légale du CHU de Bordeaux, le SAMU 33 et le Tribunal de grande instance (TGI) de Bordeaux [90]. Ainsi entre 2008 et 2013, 75 MIN ont été investiguées révélant 4 cas de violences ayant entraîné la mort [11].

Une connaissance fiable et solide de l'épidémiologie du phénomène de maltraitance infantile représente un enjeu majeur sur lequel reposeront des politiques de prévention de la maltraitance.

## **PARTIE 3 : LA PROTECTION DE L'ENFANCE EN FRANCE**

### **A. Le cadre légal**

La protection de l'enfance est définie par le code de l'action sociale et des familles (CASF) et par le code civil.

L'article 375 du Code civil dispose que des mesures d'assistance éducative soient ordonnées par le Juge des enfants « *si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises* » [3].

L'article L. 221-1 du Code de l'action sociale et des familles correspond à une extension de la notion d'enfant devant être protégé par rapport à l'article 375 du Code civil [91]. Le texte charge le service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), la mission « *d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre* ».

#### **1. La loi du 5 mars 2007**

La loi du 5 mars 2007 améliore le dispositif de protection de l'enfance en renforçant les mécanismes de prévention et de signalement et en diversifiant les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille [92]. De nouvelles mesures de protection, notamment dans le cadre de la procédure d'assistance éducative, assurent un meilleur équilibre entre la prise en charge de l'enfant et la préservation de ses liens familiaux. Elle pose ainsi clairement le principe de la subsidiarité de l'intervention judiciaire au profit de l'intervention du conseil départemental. La protection judiciaire ne doit être mobilisée que lorsque les actions de protection sociale ou administrative n'ont pas permis de remédier à la situation de danger.

Par son article 1<sup>er</sup>, la loi du 5 mars 2007 étend le champ de la protection de l'enfance aux situations de danger ou au risque de danger. Ainsi, la prise en compte de l'enfant dans sa globalité devient l'élément central devant guider sa protection.

Par cet enrichissement, la loi prend en compte la position de l'enfant dans ses dimensions plurielles, le tout dans le respect de la Convention internationale des droits de l'enfant [93].

L'amélioration de la mise en œuvre des dispositifs de protection de l'enfance repose en amont sur l'amélioration de la prévention. Elle conduit ensuite à favoriser le signalement des enfants en danger et passe enfin par une meilleure coordination de la protection sociale et de la protection judiciaire de l'enfant.

L'un des apports majeurs de la loi du 5 mars 2007 est la création d'une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) [94]. Cette cellule perfectionne le circuit d'alerte et de signalement et renforce le président du conseil départemental en tant que chef de file de la protection de l'enfance du département.

- **Secret partagé :**

Le texte aménage le secret professionnel concernant la transmission des informations préoccupantes et la circulation des informations médicales. L'objectif est d'offrir un cadre légal pour assurer, dans l'intérêt de l'enfant, une coordination entre les différents acteurs de la protection de l'enfance. La notion de secret partagé est consacrée par l'article L.226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles : « *Par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L 112-3 ou qui lui apportent leurs concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier.* » Elle rappelle que cet échange est « strictement limité » à ce qui est nécessaire.

- **Notion d'enfant en danger et à risque de danger :**

C'est la notion de danger, plus extensive que celle de maltraitance, qui fonde en France la protection judiciaire des mineurs comme le rappelle l'article 375 du Code civil [3].

Un enfant est en danger, si sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

Un enfant est à risque de danger si ses conditions de vie ou d'éducation constituent une menace pour sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son développement physique, affectif, intellectuel et social.

Jusqu'à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, les définitions établies par l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) ont été les plus couramment utilisées, distinguant trois groupes d'enfant [95] :

- L'enfant en risque de maltraitance : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité ;
- L'enfant maltraité : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ;
- L'enfant en danger : catégorie regroupant les deux précédentes. Par enfant en danger, on entend tout mineur de moins de 18 ans, ainsi que tout jeune majeur de 18 à 21 ans nécessitant une mesure de protection ou une mesure de prévention de l'ASE ou de la Justice.

Cette dernière catégorie s'est aujourd'hui étendue aux enfants victimes de négligences graves et aux enfants témoins de violences conjugales.

- **Information préoccupante (IP) :**

La notion d'IP est introduite avec la loi du 5 mars 2007 par l'article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles [96]. L'article dispose « *qu'une information préoccupante soit transmise à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes pour alerter le président du conseil général sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou en risque de l'être, ou que les conditions de son éducation, ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être* ».

La finalité de cette transmission des IP est de décrire une situation qui semble suspecte, de l'évaluer et de proposer le cas échéant soit des mesures de protection administrative soit un signalement à l'autorité judiciaire. La judiciarisation n'est pas systématique à l'inverse du signalement.

- **Signalement :**

La loi du 5 mars 2007 réserve le terme de signalement à la saisine du procureur de la République. Le signalement est un acte professionnel écrit présentant, après évaluation, la situation d'un enfant en danger qui nécessite une protection judiciaire sans délai. Le formulaire type du signalement est disponible sur le site du Conseil national de l'ordre des médecins.

Il est recommandé de procéder à un signalement le plus rapidement possible en contactant le procureur de la République se trouvant auprès du Tribunal de grande instance dont dépend le lieu où les faits sont révélés (lorsque le lieu de résidence officiel de la victime n'est pas déterminé).

Si une situation d'urgence se présente (protection judiciaire immédiate du mineur, soins médicaux ou examen médico-judiciaire), le médecin doit au préalable contacter le procureur de la République par téléphone. Dans les cas où ce dernier n'est pas joignable, l'information passera par l'intermédiaire du commissariat de police ou de la brigade de gendarmerie qui sont en relation permanente (24h/24h) avec le procureur de la République. Par la suite, le médecin confirmera le signalement par un écrit daté et signé.

Le signalement écrit est envoyé par fax suivi d'un courrier avec accusé de réception.

Il n'y a pas d'obligation légale à informer les parents d'un signalement.

Le signalement d'un enfant en danger ou d'une situation de maltraitance constitue une dérogation au secret professionnel. La loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé a modifié l'article 226-14 du Code pénal. Elle renforce la protection juridique du médecin ou de tout professionnel de santé lorsque celui-ci informe le conseil départemental ou signale à la justice une suspicion de violence sur mineur [97]. Le médecin n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour faire un signalement. A l'inverse, l'abstention de signalement d'une situation dont le médecin a eu connaissance constitue une

infraction punie par les articles 434-1 et 434-3 du Code pénal. Au même titre, le médecin peut être puni par l'article 223-6 du Code pénal pour non-assistance à personne en danger et l'omission de porter secours.

En parallèle, l'article R.4127-44 du Code de la santé publique protège le médecin de sanctions disciplinaires si le signalement a été effectué dans les conditions légales et l'article 44 du Code de déontologie médical leur rappelle de protéger le mineur et de signaler les sévices dont il est victime.

## **2. La loi du 14 mars 2016**

C'est dans un contexte de fortes pressions financières sur les départements que la loi du 14 mars 2016 est adoptée, ce qui conduit le législateur à limiter le coût de la réforme, en s'intéressant davantage aux principes qui fondent la protection de l'enfance [98]. Elle porte sur la « protection de l'enfant », et non, comme en 2007, sur le dispositif de « protection de l'enfance ». Cette loi souligne la volonté de « *recentrer la protection de l'enfance sur l'intérêt supérieur de l'enfant* ». Cela se traduit dès le premier article de la loi par une nouvelle définition de la protection de l'enfance, articulée entre « *la prise en compte de ses besoins fondamentaux* » et le « *respect de ses droits* » [99]. Elle repose sur deux grands axes : mieux prendre en compte les besoins de l'enfant et améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance.

- **Mieux prendre en compte les besoins de l'enfant :**

La loi a clarifié les critères de saisine du procureur de la République en l'autorisant dès lors que la gravité de la situation le justifie et celle-ci ajoute qu'elle est réalisée « *aux fins de saisines du juge des enfants* » [100].

L'amélioration du repérage des situations de danger par l'évaluation des informations préoccupantes passe par le recours « *à une équipe pluridisciplinaire identifiée et formée à cet effet* » ainsi que la prise en compte « *des situations des autres mineurs présents au domicile* » [101].

Le repérage et le suivi des situations de danger seront coordonnés dans chaque département, par la désignation d'un « *médecin référent pour la protection de l'enfance* » [102]. Celui-ci



aura pour rôle de faciliter les liens entre les professionnels de santé (médecins libéraux et hospitaliers) et les services départementaux dont la CRIP.

Le dispositif de protection de l'enfance gagne ainsi en cohérence en stabilité dans le parcours des enfants. Cette loi permet de mieux connaître et identifier les besoins et ressources de l'enfant, notamment en établissant « *un projet pour l'enfant* » visant à garantir « *son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social* » [103].

Le contenu du rapport de situation pour tout enfant faisant l'objet d'une mesure d'assistance éducative est précisé de même que la fréquence à laquelle ce rapport est transmis au juge des enfants [104]. Cette révision régulière des situations de l'enfant confié à l'ASE depuis plus d'un an se fait au travers « *des commissions pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles* » [105]. Cette participation d'acteurs de milieux et compétences complémentaires apporte un regard croisé afin de mieux prendre en compte l'individualité de l'enfant. La finalité est d'adapter les réponses de protection aux plus près des besoins des enfants.

- **Améliorer la gouvernance nationale et locale de protection de l'enfance par une politique publique décloisonnée et transversale :**

La loi du 14 mars 2016 prône un décloisonnement de la politique de protection de l'enfance tant au niveau national que local. Ce décloisonnement permettra une meilleure coordination entre l'Etat et le département, l'objectif étant de garantir une meilleure protection de l'enfance sur l'ensemble du territoire.

Au niveau national, il est créé un Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE). Ce conseil interministériel, placé auprès du Premier ministre, « *propose au Gouvernement les grandes orientations nationales de la protection de l'enfance, formule des avis et évalue la mise en œuvre des orientations retenues* » [106].

Au niveau local, le lien entre l'Etat et le département est renforcé par l'information au préfet (représentant de l'Etat dans le département), en cas de survenue d'un événement indésirable dans un établissement ou services médico-sociaux autorisés par le président du conseil départemental, « *dès lors qu'il est de nature à compromettre la santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des enfants accueillis* » [107]. Un protocole départemental de coordination « avec les différents responsables institutionnels et associatifs amenés à

mettre en place des actions de prévention en direction de l'enfant et de sa famille » est élaboré [108].

Les missions des observatoires nationaux et départementaux de la protection de l'enfance (ONPE, ODPE) se renforcent. Une mission supplémentaire est attribuée à l'ODPE, à savoir réaliser « *un bilan annuel des formations continues délivrées dans le département* » auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans la politique de protection de l'enfance [108].

## **B. Les acteurs**

De nombreux acteurs sont impliqués dans la protection de l'enfance, provenant de la sphère sociale, judiciaire et même médicale. Il existe entre eux des connexions afin de prendre en charge au mieux l'enfant et sa famille.

### **1. Sociaux**

- **La Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) :**

L'objectif est de faire converger en une même unité de lieu, toutes les IP dont elle a eu connaissance, de les évaluer et de les traiter, dans l'intérêt de l'enfant. Cette cellule est sous la responsabilité du président du conseil départemental et son caractère unique dans le département participe à faciliter son identification par les différents partenaires de la protection de l'enfance [109]. Lieu unique du recueil d'IP, la CRIP est aussi le destinataire des signalements au parquet.

La CRIP effectue une première analyse de la situation pour déterminer si elle requiert un signalement sans délai au procureur de la République. Dans l'autre cas, la CRIP procède à une évaluation pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle, faite par les services départementaux ou, le cas échéant, en liaison avec les autres acteurs de la protection de l'enfance.

La CRIP contribue à l'observation de la protection de l'enfance en transmettant les IP sous forme anonyme à l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) et à l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE).

A l'issue de la synthèse pluridisciplinaire la CRIP rend une décision finale pouvant aboutir à un classement sans suite si le rapport d'évaluation conclut à l'absence de risque de danger ou de danger pour l'enfant, à une protection administrative ou à une protection judiciaire en cas de danger pour l'enfant (Figure 3).

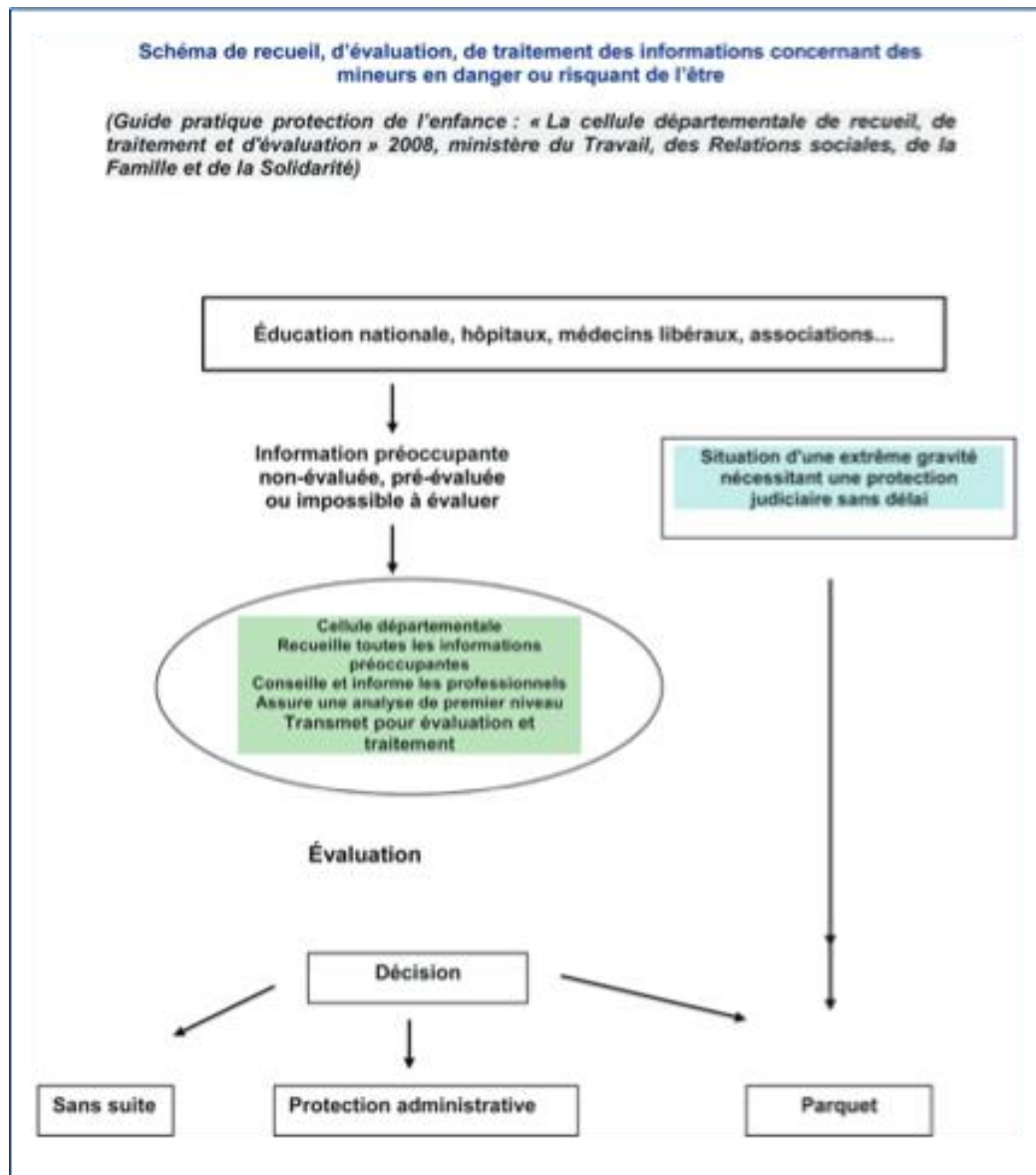


Figure 3 : Schéma détaillant les différentes fonctions de la CRIP extrait du Guide la pratique de protection de l'enfance : « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation », 2008.

- **Les Maisons départementales de la solidarité et de l'insertion (MDSI) :**

Services déconcentrés et dépendants du conseil départemental, elles ont pour mission d'aider les familles à solutionner leurs problèmes sociaux et financiers tels que l'hébergement, l'insertion, l'accès aux droits et à la santé. Il en existe plusieurs au sein d'un même département, permettant ainsi un maillage du territoire. Le département de la Gironde compte trente-six MDSI sous la tutelle de neuf pôles territoriaux de solidarité.

En matière de prévention et de protection de l'enfance, elles ont pour mission de soutenir les parents dans leurs fonctions éducatives, afin de contribuer à l'équilibre et au développement affectif des enfants. Chacune d'entre elles comporte un service de PMI [110].

- **L'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) :**

La loi du 14 mars 2016 a modifié l'appellation de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) qui a été créé par la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, en Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE).

Son objectif est de mieux connaître le champ de l'enfance en danger afin d'améliorer la prévention et la prise en charge. Pour se faire, il répertorie l'ensemble des données numériques et des études sur le thème de l'enfance en danger, et il recense pour analyser puis diffuser les pratiques de prévention et de prise en charge en protection de l'enfance.

- **Le Service national d'appel téléphonique de l'enfance en danger (SNATED) :**

Le SNATED, anciennement appelé Service national d'appel téléphonique de l'enfance maltraitée, a été créé en 1990 à la suite de la loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Il a une action prépondérante dans la protection de l'enfance par l'intermédiaire de son numéro national d'urgence, le 119, gratuit et accessible sans interruption. Il peut être composé par n'importe quelle personne ayant connaissance ou suspectant des faits de violences.

Il mène à la fois une action de prévention en réceptionnant les appels et une action de transmission aux CRIP les situations jugées préoccupantes [111].

## 2. Médicaux et paramédicaux

- **La Protection maternelle et infantile (PMI) :**

Les centres de PMI, ont pour fonction, grâce à des actions de prévention, la protection des femmes enceintes, des mères, des pères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire.

Créées en 1945, les structures de PMI ont un rôle important au titre de la prévention dans l'aide à l'instauration et le développement de la relation parent-enfant, ainsi que dans la protection. Elles peuvent intervenir au moment de la grossesse par l'intermédiaire de l'entretien prénatal mené par une sage-femme mais aussi après l'accouchement avec des conseils médicaux dans le post-partum, la réassurance et le soutien de la fonction parentale ainsi que pour le suivi du nourrisson et de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans [112].

De par ses missions, la PMI a une place prépondérante dans la protection des mineurs. Elle concourt au dépistage de la maltraitance dans le cadre intime et participe à l'étayage familial.

- **Le médecin scolaire :**

Le médecin scolaire, médecin du travail des enfants scolarisés a pour fonction quatre grands domaines, à savoir, le dépistage de pathologies, de handicap et de troubles du langage ou sensoriel, la prévention de la maltraitance, l'accueil des enfants handicapés dans les milieux scolaires dits « normaux et adaptés » et enfin l'éducation à la santé.

La circulaire n°2001-013 du 12 janvier 2001 précise qu'ils doivent aider le corps enseignant à repérer les enfants en danger ou à risque de l'être, afin de mettre en place des mesures pour les protéger [113].

- **Le médecin généraliste :**

Il est en première ligne pour repérer et diagnostiquer des violences envers les enfants. Il est un des premiers maillons de la chaîne de la protection infantile, par son statut d'interlocuteur privilégié de la famille. Par les articles R 4127-43 et 44 du Code de la santé publique, le médecin est tenu de protéger et de prévenir les autorités judiciaires et/ou administratives lorsqu'une situation de danger est portée à sa connaissance [114,115].

Le médecin traitant occupe une place de choix pour repérer les situations à risque pour un enfant, car il entre au sein du foyer, dans l'intimité de la famille. De plus, c'est une personne connue du mineur la plupart du temps, en qui ce dernier peut avoir confiance.

### **3. Judiciaires**

- **Le Parquet :**

Le déclenchement d'une procédure de protection judiciaire suppose que l'enfant est en danger. Cette démarche s'effectue par la transmission d'un signalement.

Dès lors que le procureur de la République est saisi d'un signalement, il a l'obligation de procéder à l'évaluation de la situation.

Lorsqu'une situation requiert une protection judiciaire immédiate de l'enfant le procureur de la République a la compétence d'établir une ordonnance de placement provisoire.

Après avoir engagé une enquête préliminaire confiée à la brigade des mineurs, la police ou la gendarmerie, le procureur de la République peut décider de la transmission du dossier au juge des enfants, chargé de mettre en œuvre les mesures de protection judiciaire si nécessaire, nommée mesure d'assistance éducative, ou un placement provisoire.

Les articles 40 et 40-1 du Code de procédure pénale confient au procureur de la République l'opportunité des poursuites pénales dès lors qu'une infraction pénale a été constituée. Si le procureur de la République décide d'engager des poursuites pénales, l'enquête pénale est alors confiée à un juge d'instruction. Au terme de la procédure d'instruction, le juge d'instruction décide soit du renvoi vers la juridiction compétente soit d'un non-lieu [116,117].

- **Le juge des enfants :**

Le juge des enfants est saisi par le procureur de la République à la suite de l'évaluation de la situation de danger encourue par l'enfant.

Le juge des enfants a pour mission la mise en œuvre effective et rapide des mesures d'assistance éducative nécessaires pour assurer la protection des enfants en danger et d'en assurer le contrôle par la bonne application de ces mesures.

## C. Les mesures

Selon leur orientation d'origine, les acteurs de la protection de l'enfance peuvent prendre pour le bien et la sécurité de l'enfant diverses mesures en fonction du contexte social du mineur et du danger encouru. Ces mesures, administratives ou judiciaires, ne sont pas immuables et peuvent être modifiées, levées suivant l'évolution de la situation de danger que vit l'enfant. Toutes les mesures administratives sont décidées par le président du conseil départemental à la demande de la famille, ou avec son accord à la différence des mesures judiciaires qui ne nécessitent pas l'aval des représentants légaux pour être appliquées. Les interventions au domicile parental ont pour objectif de maintenir l'enfant dans son cercle familial afin d'éviter la rupture du lien parent/enfant tout en assurant les conditions nécessaires au développement, à l'éducation et à la sécurité de l'enfant.

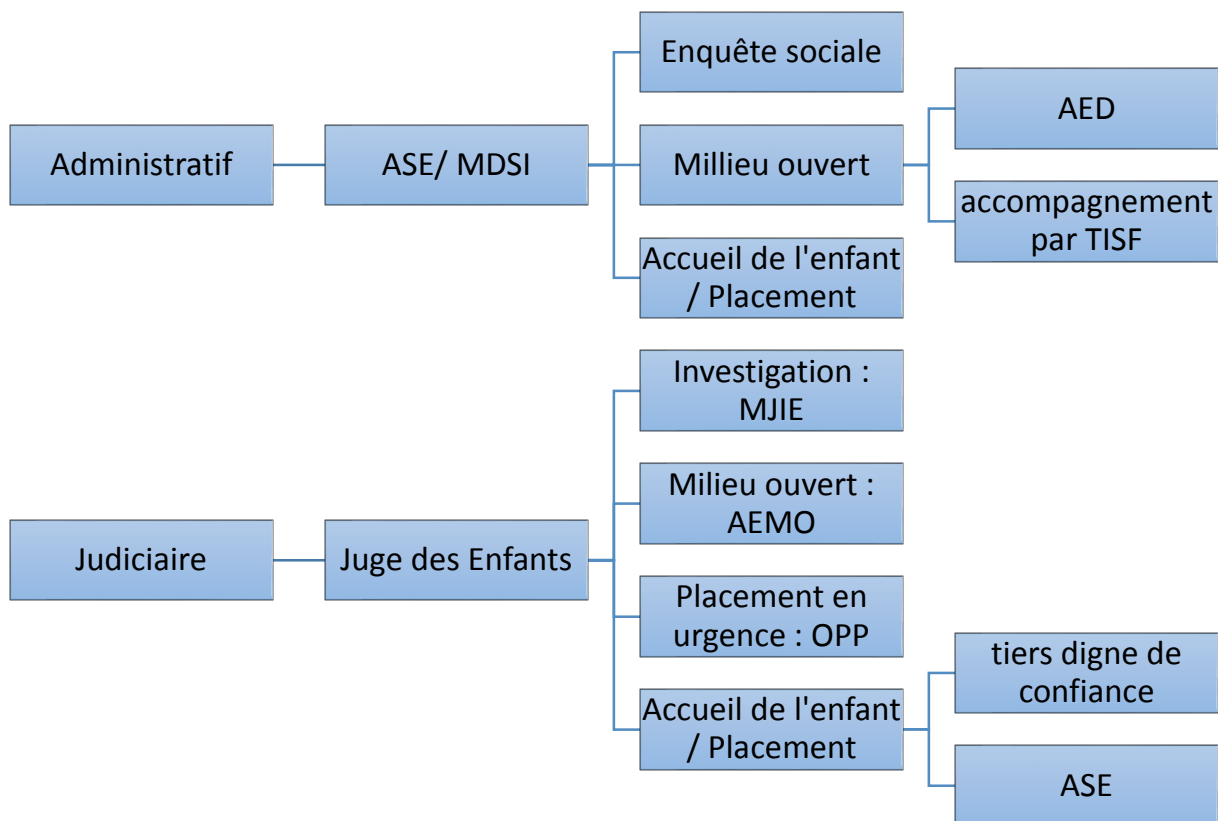


Figure 4 : Les différentes mesures de protection de l'enfance

## 1. Administratives

- **L'aide au foyer** :

L'aide au foyer fait intervenir les techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF). Ces derniers accompagnent les parents dans leur rôle de chef de famille afin de les aider à investir leur enfant en créant une relation tout en posant leur autorité. Ils opèrent au sein du foyer lors des actes de la vie quotidienne pour guider les parents [118,119] .

- **Aide éducative à domicile (AED)** :

Exercée en milieu familiale, elle a pour but d'apporter un soutien éducatif, matériel et psychologique à l'enfant mais aussi à sa famille. Elle s'adresse à des familles où il existe d'importantes difficultés éducatives. C'est une réponse alternative au placement lorsque celui-ci n'est pas encore nécessaire, ou bien pour le préparer. Son objectif est triple, favoriser l'insertion sociale de la famille, renforcer voire créer un lien entre l'enfant et ses parents et accompagner ces derniers dans l'éducation du mineur.

Cependant, parfois cette mesure n'est pas suffisante pour mettre l'enfant en sécurité et lorsque les parents s'opposent à d'autres solutions, il y a lieu alors de rédiger un signalement pour qu'une mesure judiciaire soit envisagée [119].

- **Accueil provisoire** :

Il s'agit d'un placement temporaire de l'enfant en accord avec les titulaires de l'autorité parentale à l'inverse des placements judiciaires. Cette mesure est proposée par la MDSI et peut être modulable. Il peut s'agir d'un placement à la journée, à la nuit, lors des week-ends ou bien pendant les vacances scolaires [120].

## 2. Judiciaires

Les mesures judiciaires sont de deux ordres soit de l'aide éducative soit un placement, dont le choix s'effectue dans l'intérêt de l'enfant. Ces décisions s'imposent au mineur et à sa famille et se déroulent en parallèle de l'enquête pénale lorsque la situation le justifie. Toutefois, l'adhésion familiale et en particulier parentale est recherchée par le magistrat.



- **Ordonnance de placement provisoire (OPP) :**

Mesure prise par le magistrat du Parquet ou par le juge des enfants, elle retire le mineur de son milieu de vie quel que soit la volonté du représentant légal. L'OPP est une mesure prise en urgence lorsque la sécurité de l'enfant ou ses conditions d'éducation ne sont plus assurées et le mettent en danger. Cette procédure est permise par l'article 375-5 du Code civil [121].

Une audience est proposée dans les 8 à 10 jours suivant la mise en place d'une OPP par le Parquet, après la saisine du juge des enfants dans le but d'étudier la situation afin de prendre une décision de protection adaptée. En effet, le juge des enfants a 15 jours pour rendre sa décision lorsque l'OPP a été prise par le procureur de la République. A la suite de quoi, la mesure de placement est levée ou maintenue [122].

- **Le placement judiciaire hors urgence**

Décidé par le juge des enfants au cours d'une audience après rencontre du mineur et de ses responsables légaux, le placement hors situation d'urgence entraîne le retrait de l'enfant de son cadre de vie pour être confié soit à un tiers digne de confiance, comme par exemple un membre de la famille soit au service de l'ASE qui déterminera les modalités de son placement (famille d'accueil, établissement spécialisé).

Le placement judiciaire de l'enfant a les mêmes caractéristiques que l'accueil provisoire en mesure administrative. Les parents gardent l'autorité parentale en l'absence de décision contraire du juge ainsi qu'un droit de correspondance, de visite et d'hébergement. Le choix du lieu de placement doit autant que faire se peut permettre de maintenir un lien avec la fratrie si elle existe et surtout permettre aisément le droit de visite et d'hébergement du ou des parents. Une mesure de placement dure au maximum 2 ans, mais elle peut être renouvelée ou arrêtée à tout moment par le juge en cas de changement de situation de l'enfant ou de sa famille [123].

- **Mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) :**

Décidée par le juge des enfants, elle vise à récolter des éléments concernant l'enfant, sa famille et son mode de vie afin de mieux comprendre son cadre de vie et d'élaborer en conséquence des propositions en termes de protection et d'éducation [122].

Au final, elle est destinée à éclairer le juge pour qu'il prenne des dispositions répondant au mieux aux besoins du mineur. Elle s'étale sur une période maximale de 6 mois [124].

- **Aide éducative en milieu ouvert (AEMO) :**

Mesure ordonnée par le juge des enfants pour une période de 6 mois à 2 ans renouvelable jusqu'aux 18 ans de l'enfant concerné, elle peut être décidée pour un ou plusieurs enfants d'une même fratrie. Elle fait intervenir un travailleur social directement auprès de la famille, en particulier au domicile. Son objectif est de supprimer le danger dont l'enfant est ou pourrait être victime au sein de son foyer. Elle a donc la même finalité qu'une AED mais avec la notion d'obligation de suivi pour la famille. Lors de la mise en place d'une mesure d'AEMO, un projet de vie pour l'enfant est décidé par le magistrat en concertation avec les parents. Ce projet peut être modelé tout au long de la durée de la mesure. Au minimum tous les six mois, les travailleurs sociaux doivent rendre des comptes de leur intervention au magistrat. Comme dans l'AED, les parents conservent l'exercice de l'autorité parentale [119].

### **3. Conséquences des mesures de placements**

Pour Benarous, il semble y avoir une meilleure qualité de vie et de meilleurs résultats scolaires des enfants retirés à leurs parents et placés par rapport à ceux maintenus dans leur cellule familiale. Les enfants placés au sein de leur famille élargie ont un comportement plus adapté que ceux placés en famille d'accueil. De plus, comparativement, le placement au sein de sa famille élargie par rapport au placement en famille d'accueil aurait de meilleurs résultats concernant le comportement de l'enfant maltraité. Cependant, un placement stable quel que soit son lieu est une caractéristique importante au bon développement cognitif et émotionnel du mineur et de l'adulte en devenir, car il permet à l'enfant de créer de nouveaux liens d'attachement et de s'identifier à d'autres personnes pour se construire en tant qu'individu [47].

### **4. Quelques chiffres**

L'ONPE a publié en novembre 2016 une estimation de la population des enfants pris en charge en protection de l'enfance au 31 décembre 2014. A cette date, en France, la protection de l'enfance concernait environ 290 000 mineurs (soit 19,8% des 0- 17 ans) par l'intermédiaire de 300 787 mesures dont 47.7% étaient des prestations de placement. Le taux de prise en charge par une mesure en milieu ouvert est donc légèrement supérieur au taux de prise en charge par une mesure de placement. Ces taux, quel que soit le type de prestations, sont en constante augmentation depuis 2003. De plus, sur l'ensemble des décisions impliquant un

placement ou une prise en charge en milieu ouvert, 79% sont ordonnées par l'autorité judiciaire [6]. (Figure 5)

	Mineurs			
	Mesures/prestations de milieu ouvert		Mesures/prestations de placement	
Décisions administratives	47 119	29,9 %	15905	11,1 %
Décisions judiciaires	110 228	70,1 %	127 535	88,9 %
<b>Ensemble des décisions</b>	<b>157 347</b>	<b>100,0 %</b>	<b>143 440</b>	<b>100,0 %</b>

Figure 5 : Distribution des mesures éducatives ou placements selon le type pour les mineurs au 31 décembre 2014 : extrait de l'estimation de la population des enfants et des jeunes pris en charge en protection de l'enfance au 31/12/2014. (Source ONPE)

Toujours pour l'année 2014 selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 323 560 mesures d'ASE ont été prises dont 161 700 éducatives et 161 860 placements. Concernant les mesures éducatives, 50 630 étaient des mesures dites administratives pour 111 070 de mesures judiciaires. Enfin, 10% des placements soit 16 200 des 161 860 sont décidés directement par le juge, les 145 660 restants font suite à des mesures éducatives. Les enfants confiés à l'ASE ont en moyenne 12 ans, et les garçons sont plus nombreux que les filles [125].

Nous pouvons constater que pour une même année (2014), nous n'obtenons pas les mêmes résultats sur le nombre de mesures et leurs types en fonction des documents consultés. Ceci prouve bien la difficulté d'avoir une estimation correcte sur les chiffres concernant la violence faite aux mineurs et la protection de l'enfance.

#### **D. L'Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE) : les chiffres dans le département de la Gironde :**

L'ODPE est un élément central de la protection juvénile, placé sous l'autorité du président du conseil départemental. Ses missions ont été définies par la loi du 5 mars 2007 [108]. Récoltées et analysées les données départementales relatives à l'enfance en danger entrent dans le champ de ses prérogatives. Ce recueil permet d'avoir une idée de l'état du dispositif de

prévention et de protection de l'enfance dans le département afin d'adapter les politiques locales dans ce domaine. De plus, la transmission de ces données à l'ONPE permet une étude chiffrée sur le plan national. Il a pour autre mission de surveiller et de formuler des avis concernant l'adéquation entre l'offre et les besoins des dispositifs participant aux prises en charge administratives et judiciaires au sein du département. Ses membres sont constitués de l'ensemble des acteurs concernés par le problème de l'enfant en danger permettant ainsi aux différents intervenants de faire le point sur la politique départementale de protection de l'enfance et d'élaborer des stratégies [126].

- **Les données épidémiologiques de l'ODPE en 2012** [118] :

Dans le département de la Gironde, en 2012, le Bureau de l'Enfance en Danger a reçu 3 387 IP concernant 2 995 enfants en danger ou à risque de l'être. Ces chiffres s'expliquent par l'émission de plusieurs IP de sources différentes pour un même enfant. Plus de la moitié des enfants concernés par les IP ont entre 6 et 14 ans. Le Parquet, la Direction des services départementaux de l'Education nationale et les particuliers sont à l'origine de la moitié des IP transmises.

Cette même année, sur l'ensemble des IP évaluées, 74% d'entre elles concernées des enfants à risque de danger, et 7% des enfants en danger caractérisé. Les 19% restant sont des enfants jugés non en danger après évaluation du contexte de vie. Ces 7% représentent 171 enfants, et 20% d'entre eux subissent des violences physiques, 23% des violences psychologiques, 27% des négligences lourdes et 28% des violences sexuelles, enfin 6 enfants sont dits en situation d'exploitation domestique. L'ensemble de ces enfants ont fait l'objet d'un signalement judiciaire.

A l'origine du danger ou du risque de danger, on retrouve des problématiques familiales, à savoir des carences éducatives de la part des parents majoritairement et des conflits familiaux, tels que ceux liés à une séparation, les violences familiales et les violences conjugales.

A la suite du traitement des IP, l'ASE a décidé une saisine du Parquet dans 43% des cas, des mesures d'aide éducative ou d'accompagnement familial par la PMI ou le service social dans 23% et enfin 43% font l'objet d'un classement sans suite.

Le classement sans suite signifie soit l'absence de danger, soit l'absence de mise en place de nouvelle mesure et conservation de la prise en charge antérieure, soit l'absence de prise en charge par le refus parental lorsque la situation a été évaluée à risque.

Sur le versant judiciaire, 1063 signalements et 81 demandes d'OPP ont été effectués à l'autorité judiciaire par la MDSI.

Afin d'articuler l'ensemble des professionnels dans le but d'obtenir une prise en charge adéquate et la mise en place de mesures appropriées, il est indispensable d'instaurer des recommandations de bonnes pratiques, un état des lieux est donc essentiel.

## **PARTIE 4 : ETAT DES LIEUX DES RECOMMANDATIONS ACTUELLES**

Prévenir les risques de violence et en limiter ses effets impliquent une bonne connaissance des facteurs y contribuant associée à la mise en commun des compétences des secteurs de la santé, de l'éducation, de la justice et des services sociaux. Ces actions se situent aussi bien dans le champ la prévention primaire (en amont de tout signe de violences) que dans celui de la prévention secondaire (immédiatement après les faits de violences) et de la prévention tertiaire (soins à long terme).

### **A. Les facteurs de risque**

Le diagnostic de maltraitance est un diagnostic difficile qui s'établit sur un faisceau d'arguments.

L'HAS reprend dans ses recommandations les facteurs de risque de maltraitance et distingue les facteurs de risque intrinsèques à l'enfant (prématurité et longues hospitalisations, jeune âge, sexe masculin, handicap et/ou trouble du comportement) et les facteurs de risque inhérents aux parents (jeune âge maternel, isolement social et moral, dépression du post partum, et antécédents de violence dans l'enfance) [8]. Pour Tursz, l'absence ou la fragilité du lien parent/enfant serait l'un des principaux facteurs de risques de violences intrafamiliales [127].

La meilleure prise en charge des violences passe donc par le dépistage, en amont du danger, de situations ou de contextes familiaux à risque pour l'enfant au travers notamment des consultations pré et postnatales [47].

L'entretien prénatal précoce au cours de la grossesse en est un exemple. Cet entretien, obligatoire, vise à repérer les familles ou les futures mères à risque de violence afin de les orienter vers le centre de PMI, dont le but est de créer et/ou d'entretenir le lien mère-enfant avant et au décours de l'accouchement [43]. L'amélioration de ce lien est effectuée grâce à des mesures au domicile des familles.

Au cours d'une consultation parent/enfant, il faut savoir analyser une situation dans son ensemble, être attentif aux différents comportements de l'enfant ou de l'adolescent, aux diverses symptômes et signes physiques que présentent le mineur aux explications fournies par l'enfant et ses parents sur les raisons de la consultation ou sur ces symptômes et/ou signes visibles, et surtout à l'interaction entre l'enfant et ses représentants légaux dans le but de rechercher des éléments orientant vers une situation de violence ou de mauvais traitements [128].

Le National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) a mis à jour ses recommandations en septembre 2016 afin de repérer les situations évocatrices de maltraitances (physique, psychologique ou de négligence) chez les mineurs de moins de 18 ans [128]. Ces recommandations sont reprises dans le rapport sur la maltraitance de la HAS [8]. Elles indiquent aux professionnels de santé qu'ils doivent envisager ou suspecter des mauvais traitements lorsque :

- À l'interrogatoire, l'explication donnée à une blessure ou à une situation est inadaptée car « *non plausible, inadéquate ou incohérente* » ;
- L'aspect des ecchymoses sont assimilables à la forme d'un objet ou d'un mécanisme ;
- La localisation des ecchymoses est inhabituelle avec l'âge de l'enfant ;
- Une brûlure est placée sur une zone cutanée non exposée à un objet chaud de manière accidentelle (par exemple le dos des mains, la plante des pieds, les fesses, le dos) ou compatible avec la forme d'un objet ;
- Une brûlure suggère une immersion forcée (symétrie et localisation en gant/chaussette ou au niveau des fesses) ;
- Devant une trace dont l'aspect ressemble à une morsure humaine non causée par un jeune enfant au vu de la taille ;
- L'enfant a une ou plusieurs fractures sans prédisposition à une fragilité osseuse ;
- Un enfant présente des fractures d'âges différents ou visibles seulement sur des radiographies ;
- Une quasi-noyade suggère un manque de surveillance ;
- Le motif de consultation ou le contact avec les professionnels de santé sont inhabituels, ou que le recours aux soins est fréquent ;
- Il y a un changement marqué de comportement ou de l'état émotionnel s'écartant de celui attendu pour l'âge chronologique et de développement, non expliqué par une

situation stressante connue ou une cause médicale, comme un trouble de l'attention avec hyperactivité ou un trouble envahissant du développement.

Concernant l'imagerie chez les enfants suspects de maltraitance, elle doit être réalisée par des radiologues expérimentés. Elle comprend une radiographie du squelette corps entier associé à une imagerie cérébrale et en fonction du contexte une échographie abdominale pour les mineurs de moins de 2 ans. Passé cet âge, il s'agit de prescrire un bilan d'imagerie ciblé sur les points d'appel clinique [129].

Le NICE conseille aussi de penser aux violences psychologiques lorsqu'il existe une crainte quant à la nocivité des interactions entre l'enfant et son représentant légal devant :

- Une négativité ou hostilité envers le mineur ;
- Un rejet de l'enfant ou son caractère de souffre-douleur ;
- Des attentes ou interactions inadaptées par rapport au développement de l'enfant, telles que des menaces ou des méthodes de discipline inadaptées ;
- Une exposition à des situations effrayantes ou traumatisantes, comme les violences conjugales ;
- L'absence de socialisation adaptée de l'enfant (isolement, déscolarisation ...).

En pratique, certaines situations très suspectes de sévices corporels sont à connaître et doivent conduire à une hospitalisation en urgence :

- La présence d'ecchymoses chez un nourrisson qui ne se déplace pas, en particulier en l'absence d'explications parentales plausibles ;
- Toutes fractures avant l'âge de la marche ;
- Une incompatibilité entre le type de lésion et l'âge de l'enfant ou avec les explications parentales [130].

## **B. Du côté du professionnel**

Devant un enfant en danger ou à risque de l'être, les professionnels de santé ont pour devoir de le protéger, en ce sens les médecins ne doivent pas hésiter à hospitaliser le mineur afin de faire la lumière sur une situation compliquée. La prise en charge hospitalière a pour intérêt d'être pluridisciplinaire, à la fois physique, psychique et sociale afin de prendre la meilleure décision pour le bien-être de l'enfant en ayant recours à l'autorité judiciaire ou administrative [129]. Elle se déroule de manière plus simple si elle est expliquée aux parents qu'ils soient



auteurs ou non des violences. Toutefois s'il existe un refus d'hospitalisation de la part des parents ou s'il existe un risque manifeste de retrait de l'enfant de la structure de soins, les soignants doivent réaliser un signalement en urgence au procureur de la République.

Toutes les décisions concernant la prise en charge de l'enfant même celle concernant la rédaction d'IP ou de signalement doivent être expliquées aux personnes titulaires de l'autorité parentale quel que soit leur niveau d'implication dans les violences afin de garder un lien entre les parents et l'équipe soignante. Pour Vanthournout, la prise en charge de l'enfant maltraité passerait aussi par la prise en charge de sa famille et du vécu de la violence au sein de la cellule familiale [46].

Il existerait une sous-déclaration des situations de maltraitance, cependant plusieurs études indiquent une meilleure déclaration lorsque le professionnel connaissant la situation de maltraitance se sent soutenu par d'autre professionnel [47]. Une recommandation importante du NICE est de ne pas rester seul face à une situation de maltraitance ou de violence sur un enfant. Que ce soit devant des révélations d'un mineur ou si le professionnel a des doutes sur une situation, il faut prendre attache auprès de professionnels désignés à la protection de l'enfance pour demander de l'aide, être écouté et conseillé [128]. Le meilleur réflexe consiste à prendre attache avec un médecin légiste au sein d'un centre de médecine légale clinique.

S'il est en âge de le comprendre, il conviendra d'expliquer au mineur que le professionnel est dans l'obligation légale d'informer les personnes compétentes dans la protection de l'enfance et donc que le professionnel ne peut garantir la confidentialité des révélations [128].

Les professionnels justifient cette sous-déclaration de signalement par les conséquences que peut avoir une alerte sur la relation avec la famille [47]. Le NICE identifie d'ailleurs les situations pouvant aller à l'encontre d'une déclaration de mauvais traitements :

- La peur de soupçonner, de blâmer à tort un parent et donc de signaler à mauvais escient ;
- Le non-respect du secret professionnel ;
- La peur de perdre la relation de confiance présente entre lui et la famille ;
- L'absence de contrôle du processus de protection de l'enfant après avoir donné l'alerte ;
- Le stress et sa gestion que peut entraîner la prise en charge d'un contexte de suspicion de maltraitance ;
- La peur des représailles de la famille ou des autorités avec la peur de la plainte ;

- Une compréhension des raisons pour lesquelles le mauvais traitement aurait pu se produire et la notion d'absence d'intention de nuire à l'enfant [128].

Toutefois, le code pénal protège les professionnels de santé signalant des faits de violences sur mineurs et il les oblige même à déclarer ces faits. En effet le législateur a prévu une dérogation au secret professionnel explicité dans l'article 226-14 du Code pénal [131].

La HAS dans ses recommandations, précise qu'il n'existe pas encore de test fiable avec une bonne sensibilité pour dépister les signes de maltraitance à un stade précoce. Les tests existants actuellement ne permettent qu'une identification tardive des enfants subissant des mauvais traitements c'est-à-dire les enfants avec des conséquences de la maltraitance [8].

En conclusion, le repérage et la prise en charge des situations de violences envers les enfants passent par une meilleure formation et éducation des professionnels en contact direct avec la population infantile et juvénile, en particulier des professionnels de santé. Cette connaissance sur le problème de la violence faite aux mineurs doit porter sur les conséquences et les signes pouvant aiguiller vers le diagnostic mais aussi rappeler le cadre médico-légal et apprendre à rédiger une IP ou un signalement [47]. Pour aider les professionnels de santé en particulier les professionnels libéraux, la HAS a publié en octobre 2014, un outil de synthèse expliquant la conduite à tenir face à des situations plus ou moins suspectes de maltraitance et y a ajouté un modèle type de signalement pour sa rédaction [132]. (Annexe B)

## **PARTIE 5 : LE CAUVA**

Le CAUVA (Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Agressions) est un centre unique en France localisé au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Pellegrin à Bordeaux. Il est né de la signature en 1999 d'une convention interministérielle entre les ministères de la Justice, de l'Intérieur, de la Défense et de la Santé. Il a pour vocation d'améliorer et de faciliter la prise en charge des personnes victimes d'agressions, quel que soit leur âge. Pour se faire, les victimes sont placées au centre du dispositif, accueillies par une équipe pluridisciplinaire constituée de professionnels médicaux (médecin légiste) et paramédicaux (infirmières, puéricultrices, psychologues) mais aussi de professionnels sociaux, d'assistances socio-éducatives, et de juristes appartenant à des associations d'aide aux victimes reconnues par l'Etat [133,134].

L'intérêt de ce mélange des compétences réside également dans son lien étroit et permanent avec l'autorité judiciaire qui prend tout son sens, notamment pour la procédure dite d'urgence qui permet de réquisitionner sans délai un médecin légiste pour procéder à un examen médico-légal. En effet, nos conventions avec la Justice ne nous permettent pas d'examiner des mineurs en dehors d'une réquisition judiciaire, et ce afin de prévenir tout risque d'instrumentalisation de l'outil médico-légal.

Cette procédure est mise en place après évaluation psycho-sociale dans les situations suivantes :

- Nécessité de réaliser rapidement des constatations médico-légales et des prélèvements de biologie moléculaire et/ou de toxicologie ;
- Proximité immédiate de l'auteur présumé des violences [9].

Le médecin légiste est mis au courant de la situation du mineur par l'équipe pluridisciplinaire et évalue en concertation l'indication à activer la procédure. Ce dernier contacte le magistrat de permanence du parquet des mineurs pour lui exposer la situation. Ce dernier procède s'il le juge nécessaire à la saisine du service d'enquête compétent (police ou gendarmerie) pour établir la réquisition aux fins de l'examen médico-légal.

Au final, l'examen médical est réalisé pour faire l'objet d'un rapport envoyé à l'autorité requérante. Un signalement pluridisciplinaire (assistante sociale, psychologue et médecin) est aussi rédigé et transmis au Parquet.

Le CAUVA a réalisé au cours de l'année 2012, 31 signalements et rédigé 17 informations préoccupantes [118].

## **PARTIE 6 : L'ETUDE**

### **A. Objectifs**

L'objectif principal de l'étude est d'établir, dans le cadre de suspicions de violences sur mineur, une « photographie » des caractéristiques épidémiologiques et démographiques des enfants et leurs familles ayant bénéficié d'une évaluation psycho-sociale au sein du CAUVA.

Les objectifs secondaires étaient dans un premier lieu, de tenter d'optimiser la prévention et le dépistage en soins primaires, puis dans un deuxième temps, de renforcer le lien existant entre les différents acteurs de la prise en charge de ces mineurs, en particulier entre le CAUVA, le médecin généraliste et l'institution judiciaire.

### **B. Matériel et Méthode**

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive prospective portant sur les enfants et leurs familles, faisant l'objet d'une évaluation psycho-sociale en dehors de tout contexte judiciaire. Cette étude monocentrique menée au CAUVA du CHU de Bordeaux s'est déroulée du 19 décembre 2016 au 31 mars 2017.

Ont été inclus dans l'étude, les mineurs âgés de moins de 18 ans et leurs familles ayant fait l'objet d'une évaluation psycho-sociale au CAUVA dans le cadre de suspicions de violences, en amont de toute judiciarisation.

Les données ont été recueillies au cours de l'évaluation psycho-sociale, par l'intermédiaire d'un questionnaire (Annexe A), après recueil du consentement du représentant légal à la participation à l'étude. L'ensemble des données a fait l'objet d'une anonymisation à partir du numéro d'anonymat reçu lors de l'enregistrement administratif.

Les éléments recueillis concernaient :

- L'enfant et son cadre familial ;
- Le cadre parental ;
- Les violences supposées ;
- L'auteur ;
- L'orientation des familles vers le CAUVA ;
- L'entretien psychologique ;

- Les préconisations après l'évaluation ;
- La prise en charge judiciaire si elle était recommandée.

L'analyse statistique des données a été effectuée à l'aide du logiciel Excel 2010.

### C. Résultats

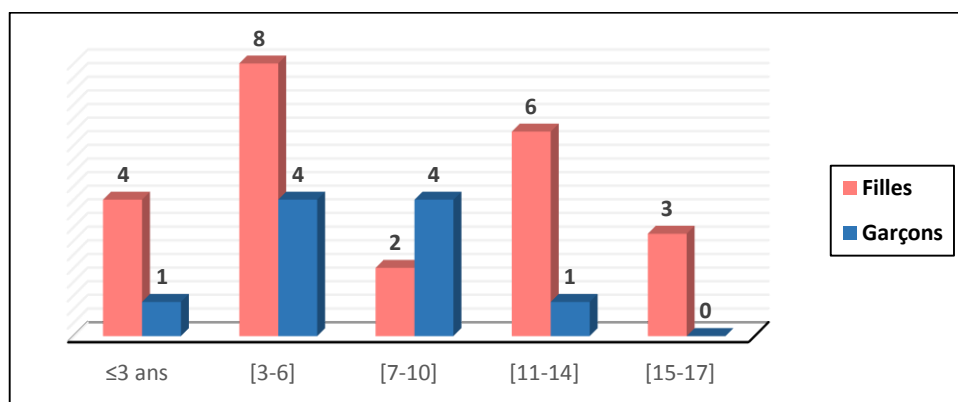
Nous avons inclus 33 enfants et leurs familles ayant bénéficié d'une évaluation psychosociale au CAUVA entre le 19 décembre 2016 et le 31 mars 2017. Une famille a refusé de participer.

- **L'enfant :**

Le groupe d'étude était composé de 30,3% (n=10) de garçons et de 69,7% (n=23) de filles. L'âge moyen était de 7,6 ans avec un âge minimum de 2 ans et un âge maximum de 16 ans soit un écart-type de 4,33 ans. L'âge médian de l'étude était de 6 ans.

- ✓ **Répartition des victimes en fonction du sexe et de l'âge :**

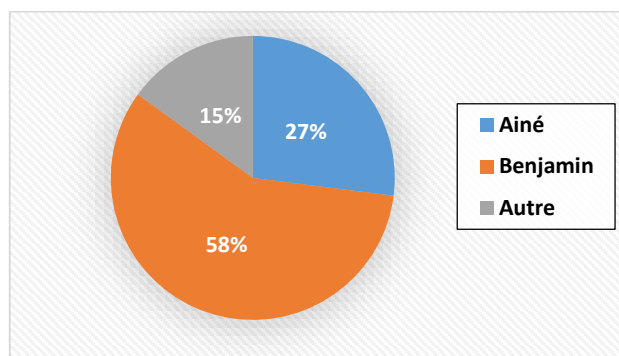
Pour les garçons, les violences avaient lieu plutôt dans la petite enfance (3-6 ans) et l'enfance (7-10 ans), alors que pour les filles la répartition était plus homogène (figure 6). On constate tout de même un pic de violence à la petite enfance et lors de la période pré-adolescente (11-14 ans) chez filles.



**Figure 6 : Répartition selon le sexe et la classe d'âge (Résultats en chiffre)**

✓ **Etude de la fratrie :**

79% (n=26) de ces enfants faisaient partie d'une fratrie de 2,7 enfants en moyenne (figure 7). Les fratries étaient composées de 2 enfants pour 62% d'entre elles (n=16), de 3 enfants pour 23% (n=6), de 4 enfants pour 4% (n=1) et de 5 enfants pour 11% (n=3). Dans plus de la moitié des dossiers, 58% (n=15), l'enfant était le benjamin.



**Figure 7 : Place de l'enfant dans la fratrie (Résultats en %)**

✓ **Prématurité des enfants :**

49% (n=16) des enfants étaient nés à terme et seulement 6% (n=2) étaient prématurés. Toutefois le terme à la naissance était inconnu dans 45% (n=15) des cas.

✓ **La scolarité :**

Un seul enfant ne suivait pas un cursus scolaire en rapport avec son âge et trois enfants n'étaient pas en âge d'être scolarisés (crèche ou assistante maternelle).

✓ **Existence d'un suivi social et/ou éducatif et/ou pédopsychiatrique antérieur :**

15,2% (n=5) enfants avaient eu, ou bénéficiaient, toujours un suivi socio-éducatif. 80% (n=4) de ces enfants étaient suivis sur le plan psychologique.

51,5% (n=17) avaient déjà rencontré au moins une fois un psychologue ou un pédopsychiatre. Selon les parents interrogés, les motifs de consultations n'étaient pas en lien avec les raisons de la venue au CAUVA.

✓ **Existence d'une maladie chronique :**

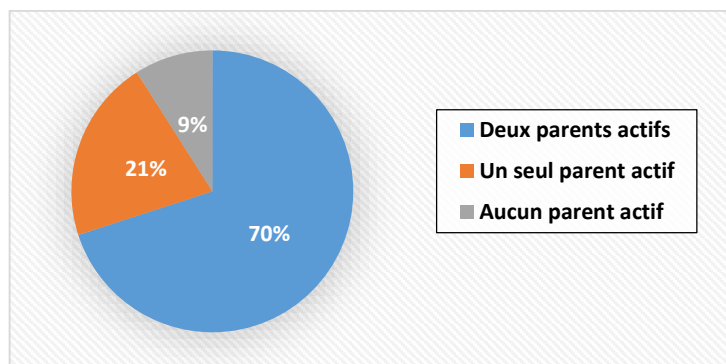
21,2% (n=7) des enfants présentaient une maladie chronique ou un handicap, qui faisait quasiment systématiquement l'objet d'un suivi régulier (n=6).

- **Le cadre parental :**

Les parents étaient âgés en moyenne de 38 ans pour la mère et 40 ans pour le père avec un écart-type respectivement de 4,82 ans et 4,70 ans. Dans notre étude, la mère la plus jeune avait 26 ans et la plus âgée 47 ans. Concernant le père, le plus jeune avait 30 ans et le plus âgé 50 ans.

- ✓ **L'activité professionnelle :**

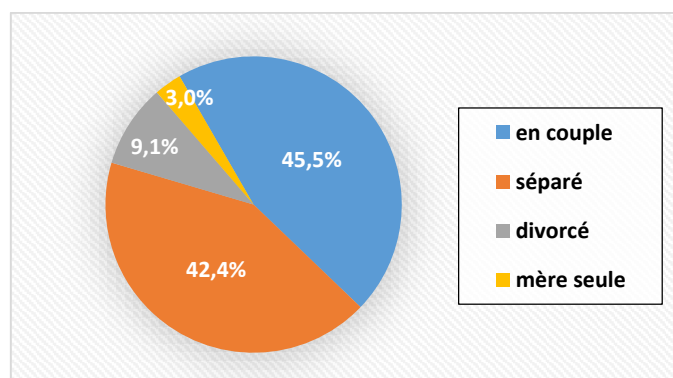
Dans une grande majorité des cas, 91% (n=30), au moins l'un des deux parents avait un emploi (figure 8).



**Figure 8 : Statut professionnel des parents (Résultats en %)**

- ✓ **La structure familiale parentale :**

45.5% (n=15) des parents étaient en couple et 51.5% (n=17) étaient séparés ou divorcés (figure 9). Un enfant était issu d'une procédure de procréation médicalement assistée avec donneur de sperme chez une femme célibataire.



**Figure 9 : Structure parentale (Résultats en %)**

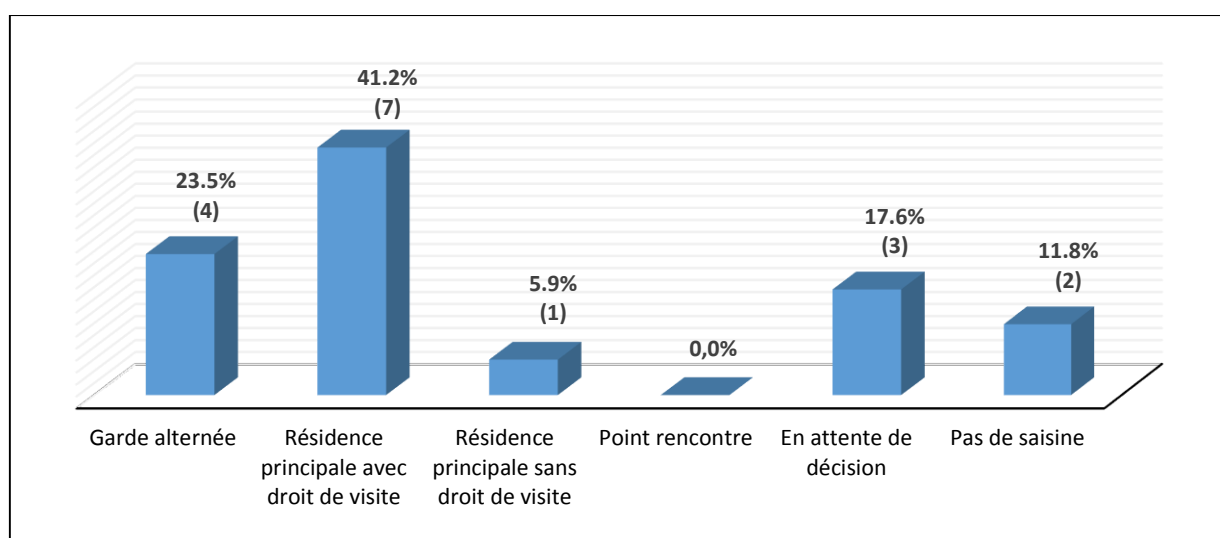


✓ **Parentalité :**

70% (n=23) des enfants étaient issus d'une grossesse spontanée, 3% (n=1) d'une procréation médicalement assistée. Aucun des mineurs n'avait été adopté et nous n'avions pas l'information pour 27% (n=9) des dossiers.

✓ **Mode de garde :**

Dans 15 cas, le mode de garde était fixé par décision du juge aux affaires familiales (JAF). La figure 10 illustre les différents modes de garde.



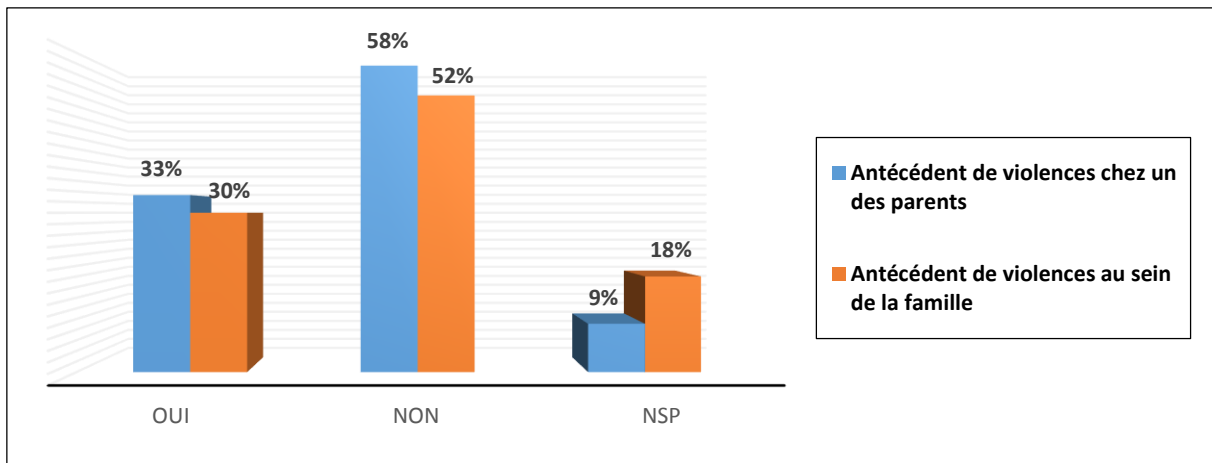
**Figure 10 : Décision du JAF**

Il était repéré un enjeu concernant l'évaluation pour 10 familles et elles concernaient toutes des enfants aux parents séparés ou divorcés. Il existait un enjeu de garde pour 59% des familles où les parents sont séparés/divorcés (10/17).

10 familles soit 30% avaient eu un suivi socio-éducatif antérieur.

✓ **Antécédent de violences au sein de la famille :**

Il existait un antécédent de violence chez au moins un des deux parents dans 33% (n=11) et dans 30% (n=10) pour la famille élargie hors parents (figure 11).



**Figure 11 : Antécédents de violences (Résultats en %)**

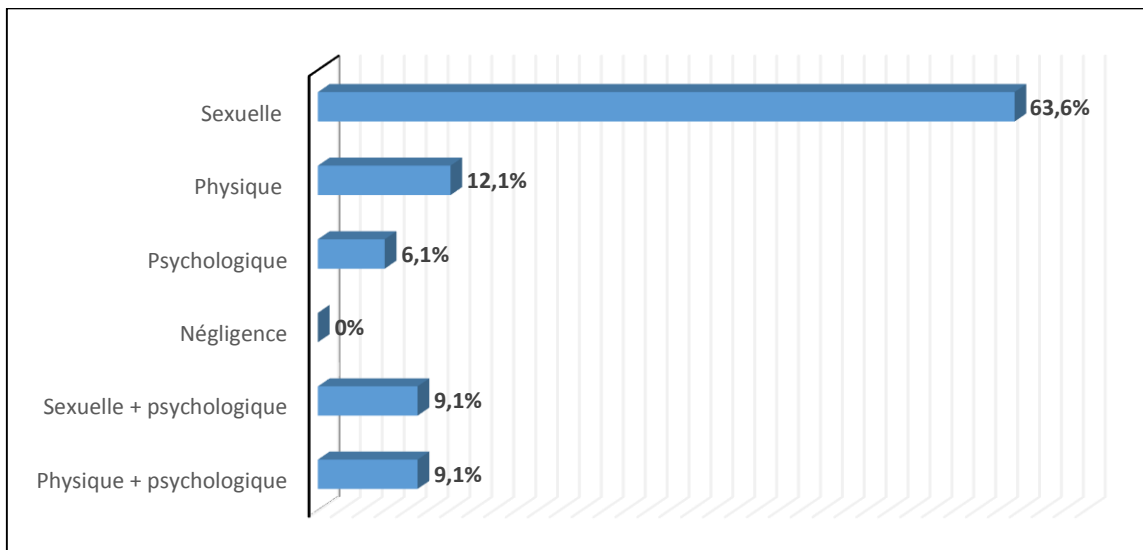
- **Les caractéristiques de la violence :**

- ✓ **La fréquence :**

Les violences avaient un caractère unique pour 51.5% (n=17) des enfants et itératif pour 48.5% (n=16) des enfants.

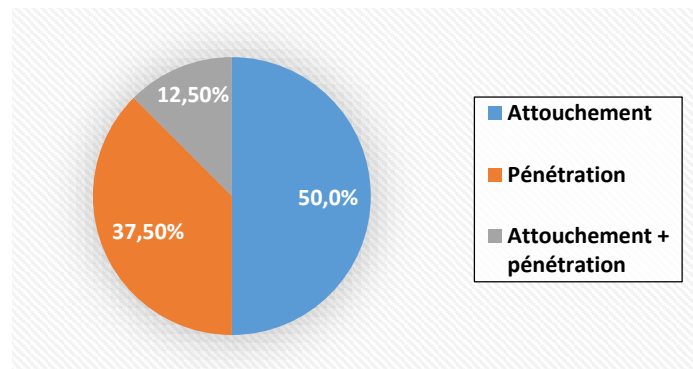
- ✓ **Les formes de violences :**

La figure 12 illustre la répartition du type de violences.



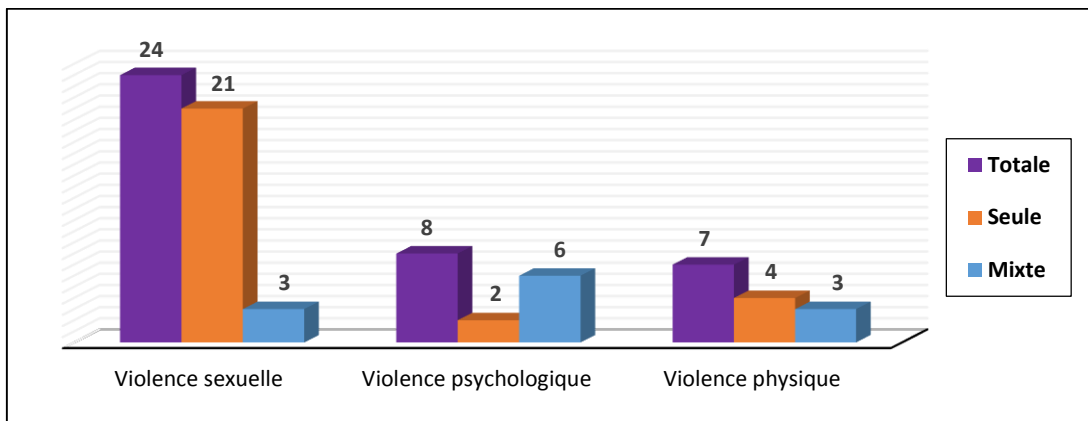
**Figure 12 : Répartition du type de violences subies (Résultats en %)**

Le type de violences sexuelles est illustré par la figure 13.



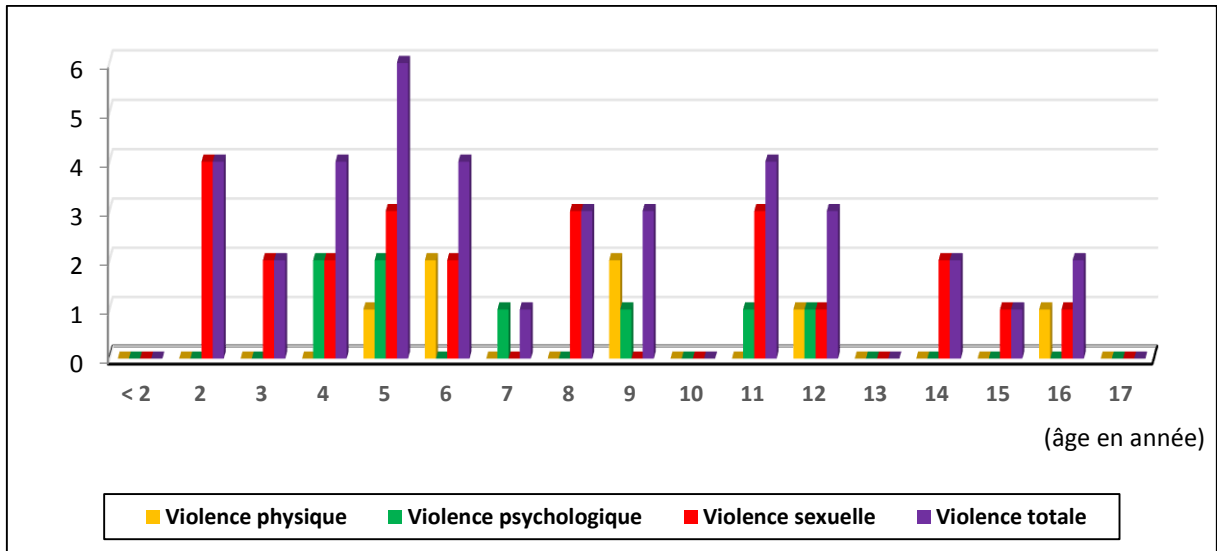
**Figure 13 : Formes de violences sexuelles (Résultats en %)**

La figure 14 illustre la répartition de chaque type de violence en fonction de son caractère isolé ou associé à un autre type de violences.



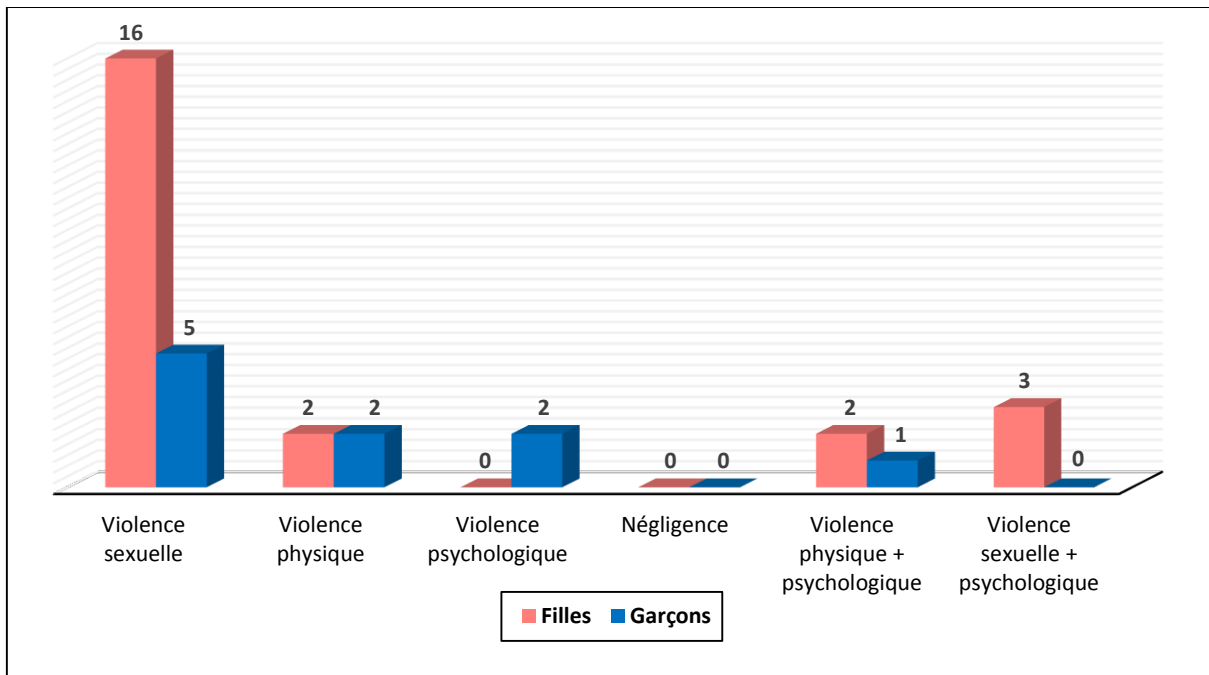
**Figure 14 : Caractère isolé ou associé des violences (Résultats en chiffre)**

La figure 15 dresse un profil du type de violence subie en fonction de l'âge de l'enfant. La violence sexuelle se répartissait quasiment de façon homogène parmi les tranches d'âges de l'enfant. La petite enfance (0-6 ans) était particulièrement représentée avec la moitié (n=12) d'enfants victimes de violences sexuelles. La violence physique était aussi présente dans la petite enfance jusqu'à l'adolescence. Enfin, la violence psychologique était seulement présente jusqu'à la période pré-adolescente. Dans notre étude, plusieurs âges n'étaient concernés par aucun type de violence, il s'agit des âges 17, 13, 10 ans et la tranche d'âge inférieur à 2 ans.



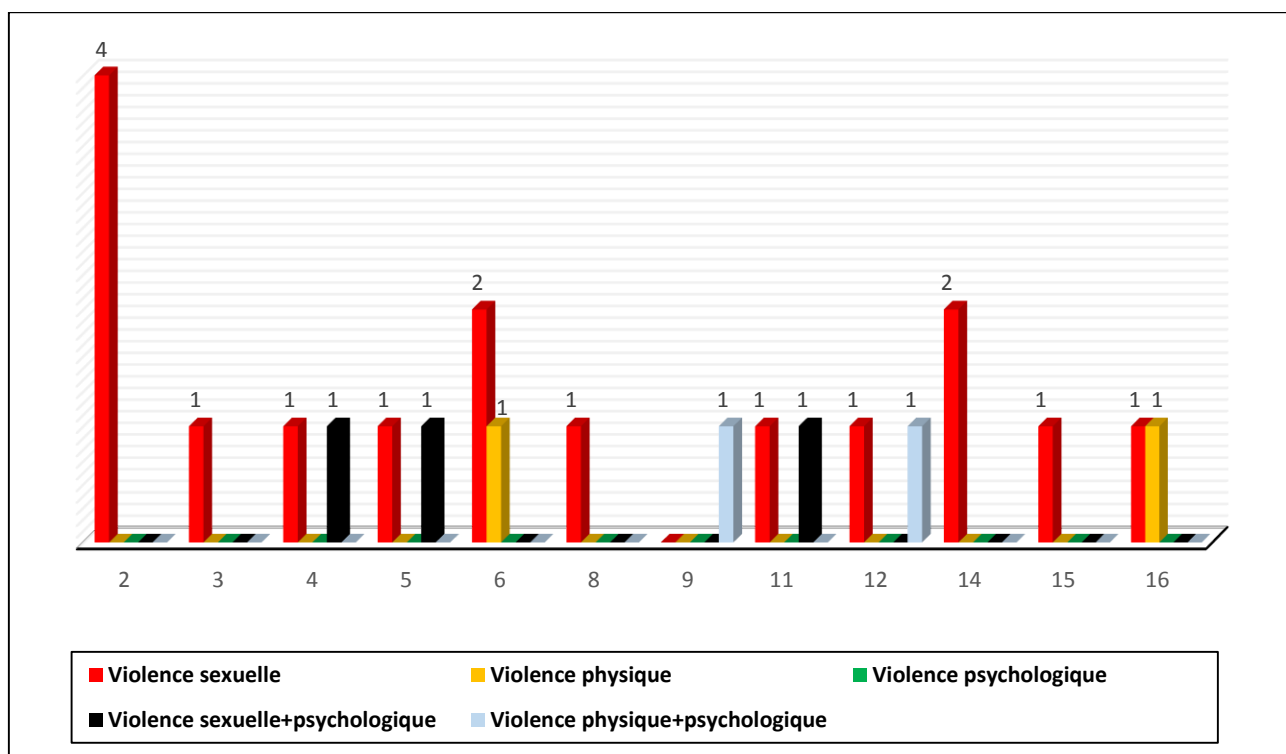
**Figure 15 : Violences selon l'âge (Résultats en chiffre)**

La figure 16 illustre la répartition de chaque forme de violence en fonction du sexe de l'enfant.



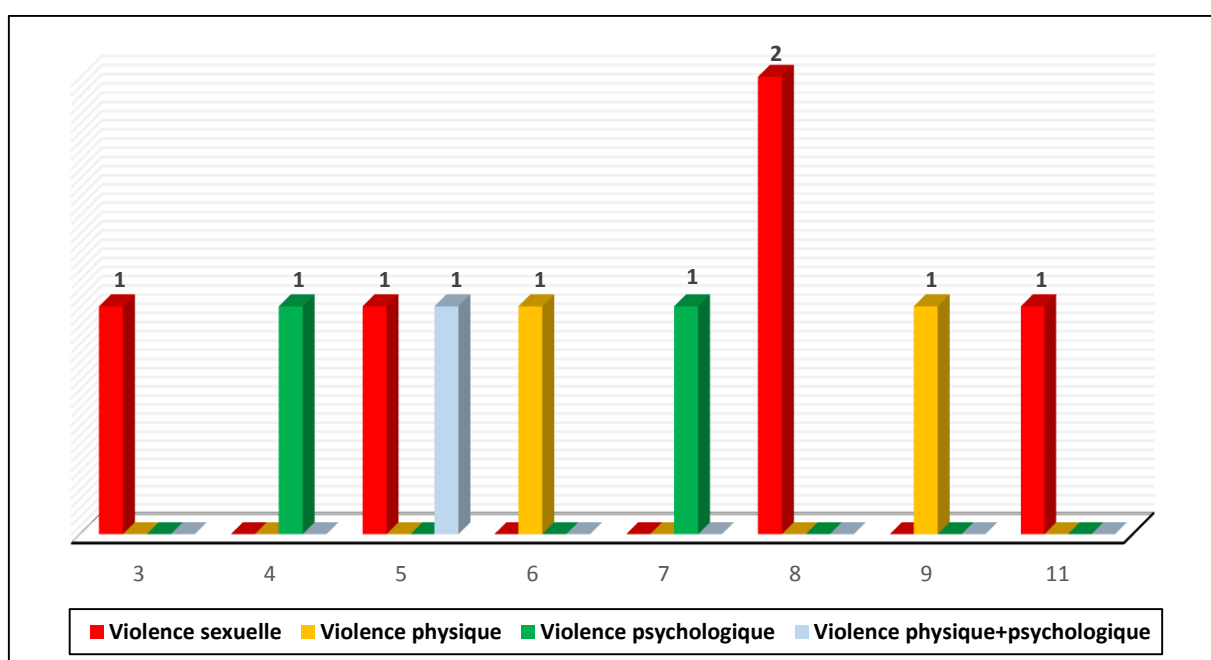
**Figure 16 : Violence selon le sexe (Résultats en chiffre)**

La figure 17 décrit la répartition de chaque type de violences selon l'âge chez les filles.



**Figure 17 : Violence selon l'âge chez les filles (Résultats en chiffre)**

La figure 18 décrit la répartition de chaque type de violence selon l'âge chez les garçons.

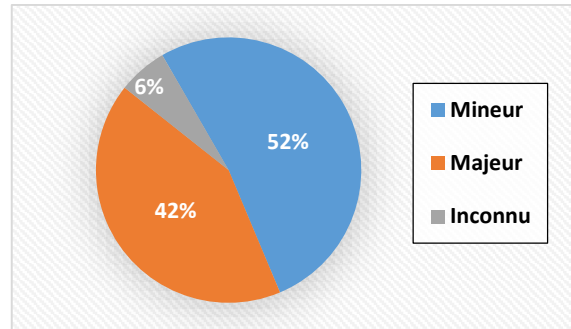


**Figure 18 : Violence selon l'âge chez les garçons (Résultats en chiffre)**

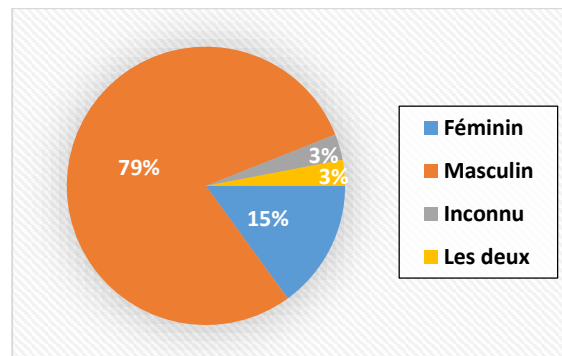
- **L'auteur** :

L'auteur des violences était seul dans 87,9% (n=29) des cas et les violences étaient exercées en réunion dans les 9,1% (n=3) restants. Il était inconnu dans un dossier.

Il était mineur dans 52% (n=17) des cas, de sexe masculin dans 79% (n=26) des dossiers (figures 19 et 20).



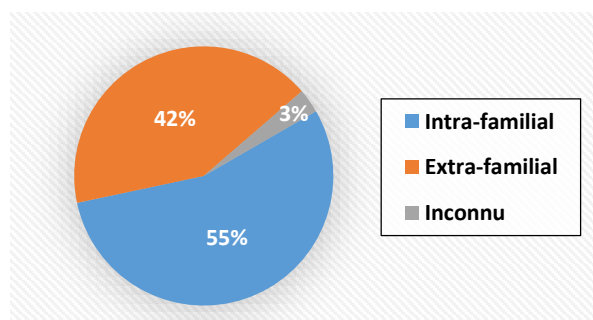
**Figure 19** : Âge de l'auteur (Résultats en %)



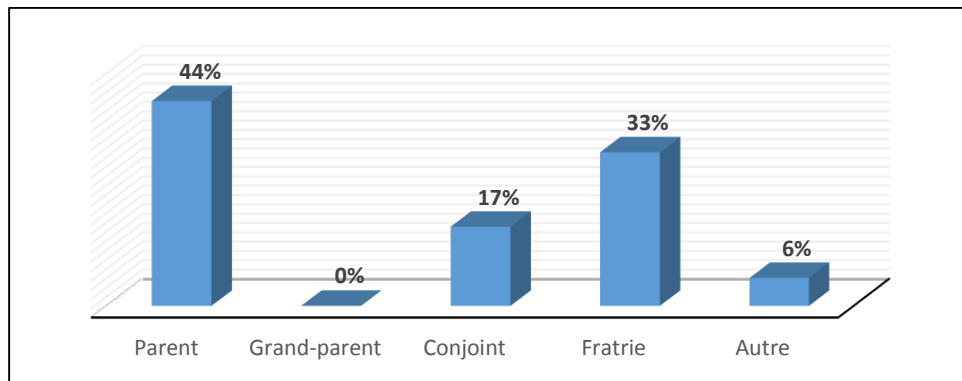
**Figure 20** : Sexe de l'auteur (Résultats en %)

- ✓ **Origine des auteurs** :

L'origine de l'auteur des violences et son lien avec l'enfant (dans le cas des violences intra familiales) sont illustrés dans les figures 21 et 22.



**Figure 21** : Origine de l'auteur (Résultats en %)



**Figure 22 : Lien intra familial de l’auteur (Résultats en %)**

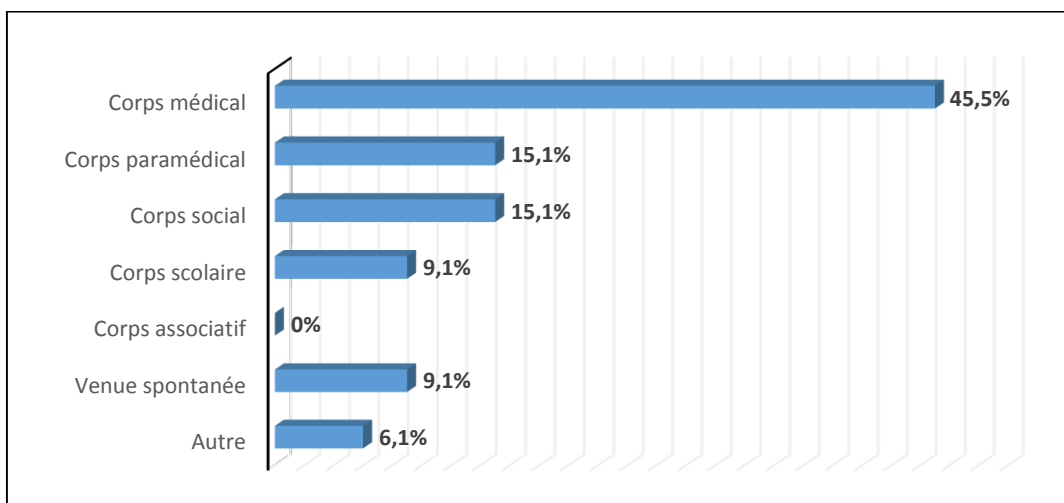
68% (n=11) des violences itératives avaient une origine intrafamiliale.

78% (n=14) des enfants vivants avec un seul de leurs deux parents subissaient des violences intrafamiliales. Un parent était l’auteur des violences pour la moitié de ces enfants.

Sur les 10 enfants issus de grossesses désirées (30%), 60% d’entre eux faisaient l’objet de violences intrafamiliales. Cependant, dans 64% des cas, la notion de grossesse désirée n’était pas renseignée.

- **L’orientation des familles au CAUVA :**

Les familles étaient majoritairement orientées vers le CAUVA par un professionnel de santé (60,6% ; n=20).

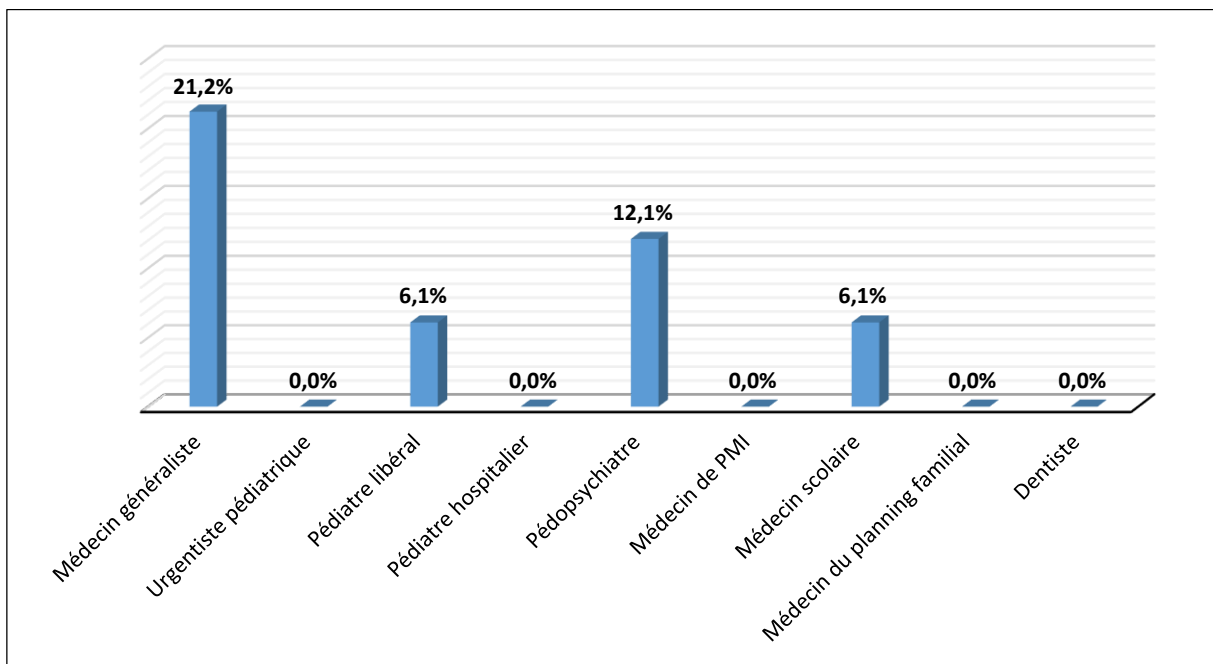


**Figure 23 : Orientation au CAUVA (Résultats en %)**

En s'intéressant plus particulièrement aux professionnels de santé, nous avons constaté que le groupe des professionnels paramédicaux était seulement représenté par les psychologues, qui étaient à l'origine de l'ensemble des orientations faites par les paramédicaux soit 15,1% (n=5) des cas.

Pour les professionnels scolaires, l'orientation était effectuée par le corps administratif dans 6,1% (n=2) et par le corps enseignant pour 3% (n=1) des cas. Une assistante sociale était à l'origine des venues pour 6,1% (n=2) des dossiers et un intervenant du service éducatif pour 9,1% (n=3). L'intervenant exerçait auprès de la famille sa fonction à la demande de la justice dans deux cas. Dans le troisième cas, il était mandaté par le service de la protection de l'enfance.

La figure 24 illustre pour les professionnels de santé du secteur médical leur spécialité d'exercice.

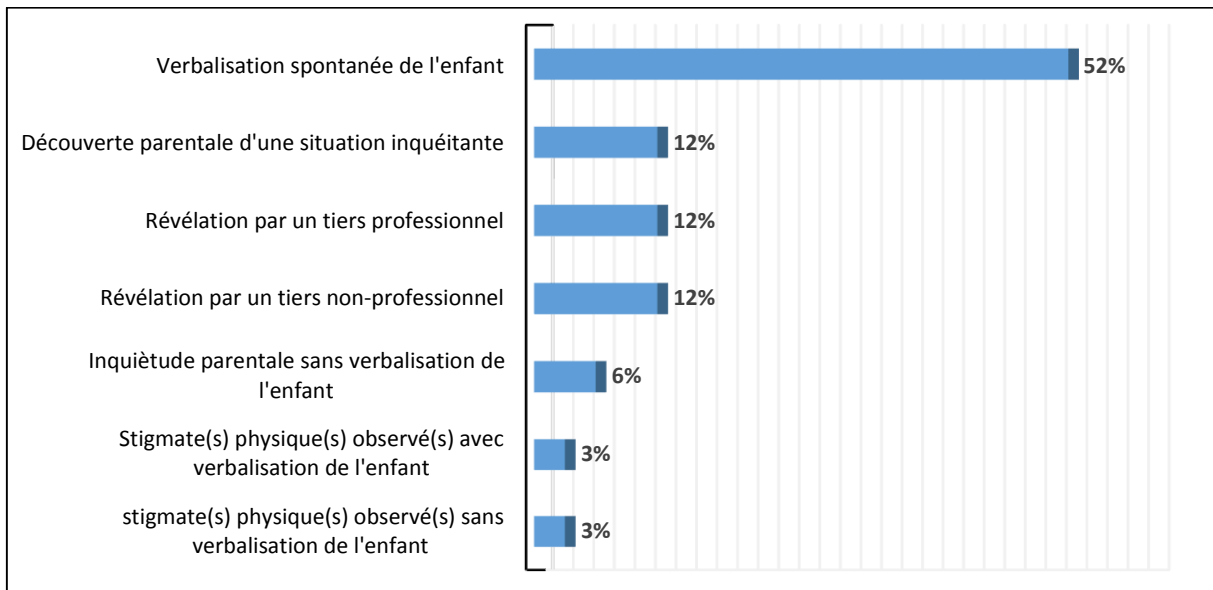


**Figure 24 : Qualifications des professionnels médicaux (Résultats en %)**



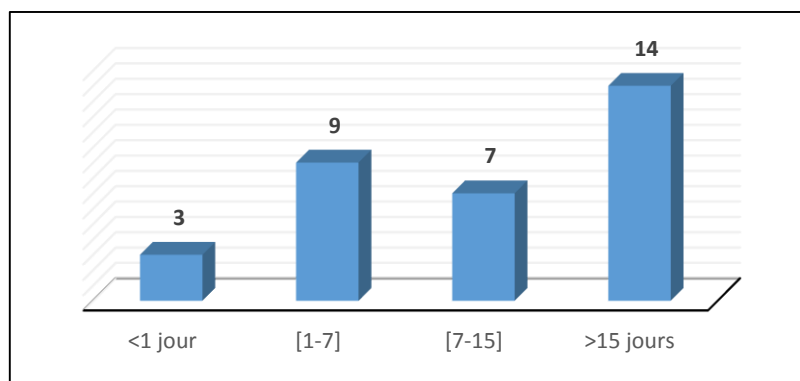
- **La révélation : les modes et la prise en charge au CAUVA :**

- ✓ **Les modes de révélation (figure 25) :**



**Figure 25 : Modes de révélation des faits (Résultats en %)**

- ✓ **Le délai entre la révélation des faits et la prise en charge au CAUVA :**



**Figure 26 : Délai entre la révélation et la prise charge au CAUVA (Résultats en chiffre)**

- **Prise en charge médical antérieure à l'évaluation psycho-sociale :**

Peu d'enfants, 36% soit 12 mineurs, ont bénéficié d'une prise en charge médicale au sujet des violences avant la réalisation de l'évaluation psycho-sociale, 50% (n=6) d'entre eux ont été vus par un médecin généraliste et seulement 2 avaient été examinés, 17% (n=2) ont rencontré

un médecin scolaire, 25% (n=3) un pédopsychiatre et un enfant soit 8% a consulté à la fois un médecin généraliste et un pédiatre. Aucun n'a été vu par un médecin de PMI ou par un pédiatre seul.

Parmi les enfants ayant bénéficié d'une prise en charge médicale avec un examen clinique, aucun n'avait eu d'ITT fixée par le médecin.

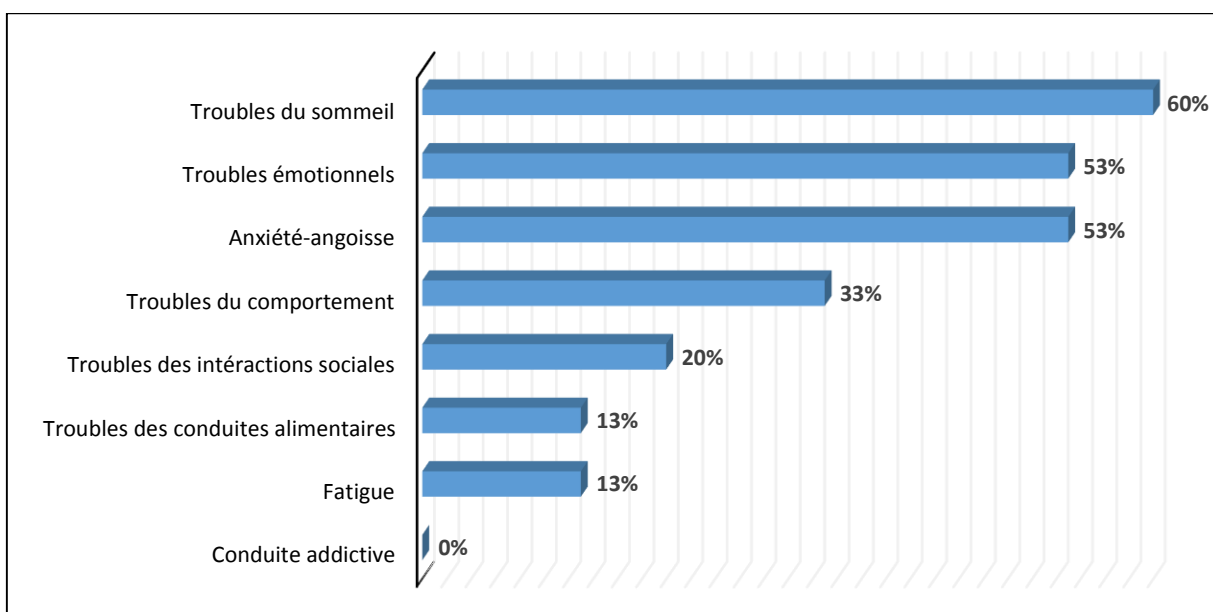
La grande majorité des parents (79% ; n=26) ont donné une explication à leur enfant sur la raison pour laquelle ils ont bénéficié d'une évaluation psycho-sociale.

- **L'entretien psychologique avec l'enfant :**

91% (n=30) des enfants vus par les psychologues du service ne présentaient ni retard cognitif ou des acquisitions ni trouble du développement psychomoteur. A noter qu'une enfant n'avait pas été vue en entretien psychologique du fait de son très jeune âge (deux ans).

- ✓ **Tableau lésionnel psychologique :**

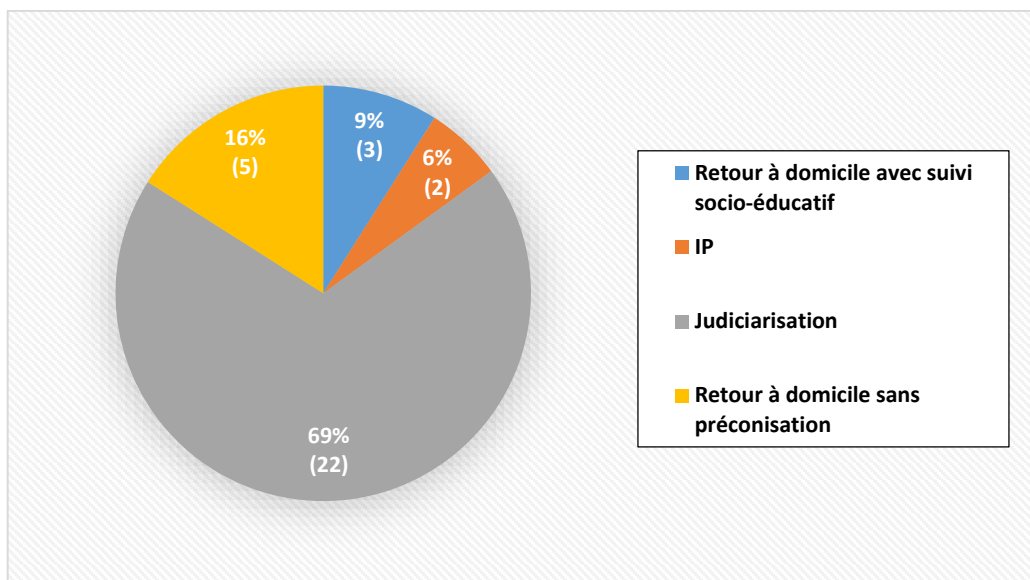
47% (n=15) des enfants présentaient une déstabilisation psychologique. La figure 27 illustre la symptomatologie psychologique.



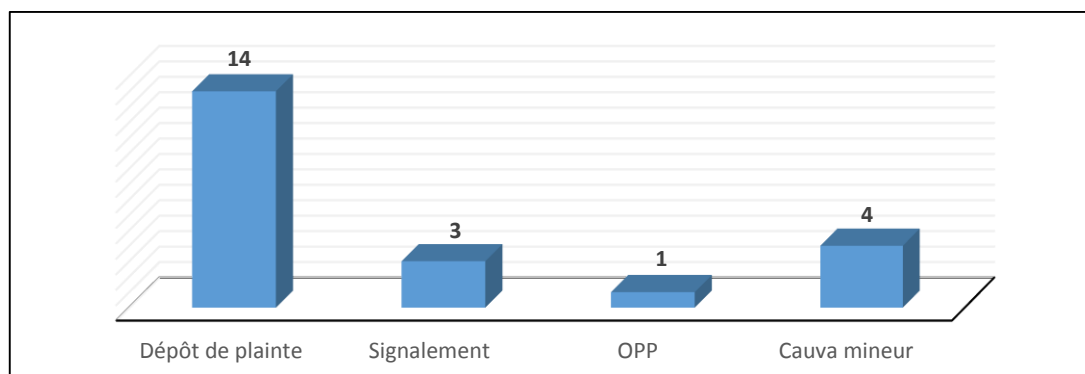
**Figure 27 : Symptomatologie psychologique (Résultats en %)**

- **Devenir à l'issue de l'évaluation psycho-sociale :**

Le devenir d'un dossier n'a été préconisé qu'après la date de fin de recueil et pour cette raison, il n'a pas été pris en compte dans les résultats. Les divers calculs sont donc faits sur 32 évaluations dans cette partie (figures 28 et 29).



**Figure 28 : Devenir à l'issue de l'évaluation psycho-sociale**  
(Résultats en % et en nombre)



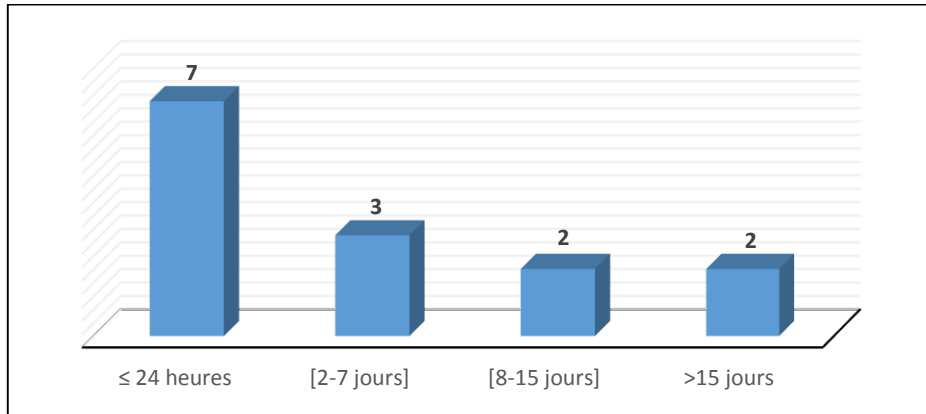
**Figure 29 : Formes de judiciarisation (Résultats en chiffre)**

- **Suivi psychologique :**

En fonction de l'entretien psychologique, la psychologue préconisait la mise en place d'un soutien psychologique pour 41 % (n=13) des enfants et la poursuite du suivi psychologique pour 16% (n=5) des mineurs. Sur les 17 enfants qui avaient eu ou avaient encore un suivi psychologique, la psychologue conseillait sa poursuite pour 29% (n=5) d'entre eux.

- **Délai de réponse judiciaire :**

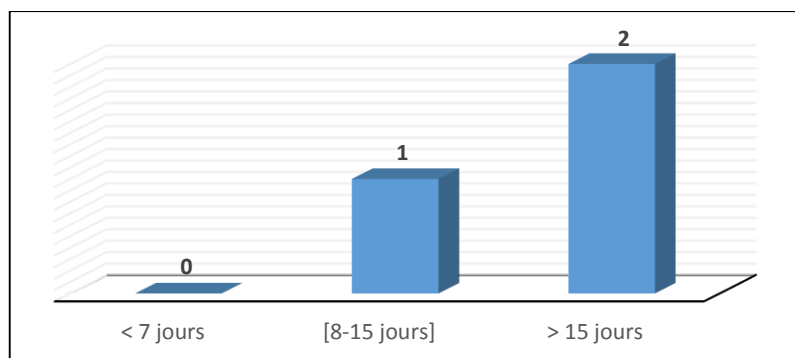
La figure 30 illustre le délai entre le dépôt de plainte et la réalisation de l'audition par le service enquêteur.



**Figure 30 : Délai entre le dépôt de plainte et l'audition (Résultats en chiffre)**

Sur les 14 dépôts de plaintes préconisés, 13 enfants avaient été auditionnés, et 9 avaient bénéficié dans les suites d'une visite judiciaire. Cette dernière s'était effectuée majoritairement dans les 7 jours qui avaient suivi l'audition.

La figure 31 illustre le délai entre l'envoi du signalement et la réalisation de l'audition par le service enquêteur. Sur les trois signalements rédigés, un seul avait abouti, plus de trois mois après sa rédaction, à une visite judiciaire.



**Figure 31 : Délai entre l'envoi du signalement et l'audition par le service enquêteur (Résultats en chiffre)**

## **PARTIE 7 : DISCUSSION**

### **A. Critiques générales**

Le CAUVA est reconnu comme une référence en matière de prise en charge des victimes. Il repose sur un mode de prise en charge pluridisciplinaire au service des victimes et des procédures judiciaires, grâce à la signature de conventions uniques avec l'institution judiciaire. Il se situe au sein d'un large bassin de population et permet une bonne observation des phénomènes de violences.

Ce travail, qui s'inscrit dans la lignée de la publication de notre méthodologie d'évaluation psychosociale, avait pour objectif de départ de s'intéresser aux caractéristiques de la population qui en bénéficie [9]. Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire exhaustif représentatif des points abordés lors de cette procédure, dans l'objectif d'établir une cartographie complète et précise des caractéristiques de l'enfant, de la structure familiale dans laquelle il évolue et des phénomènes de violences dans leur globalité.

Ce travail comporte cependant quelques biais :

Biais de sélection lié au caractère monocentrique et limité dans le temps de l'étude. En effet, cette dernière a porté sur trois mois et demi, et les trente-trois dossiers inclus ne permettent pas d'obtenir une puissance statistique suffisante, mais seulement de dégager des tendances. Une période d'inclusion plus longue, notamment sur une année entière, aurait permis de renforcer nos résultats. Néanmoins, ces tendances peuvent être utilisées par le médecin de soins primaires et le médecin légiste pour mieux optimiser le dépistage, l'accueil, et la prise en charge ainsi que la réponse à apporter à ces situations.

Biais de recrutement : lié aux représentations culturelles de la notion de « violences » et de « victime », susceptible de varier selon l'origine géographique et les caractéristiques sociodémographiques des populations.

Biais d'information : dans ce contexte le recueil de données est rendu difficile par le filtre parental et sa composante émotionnelle mais également par le fait que ces derniers n'étaient généralement pas présents au moment des faits de violences.

Biais de mensonge et de classement liés au caractère déclaratif des réponses et à la compréhension des questions par les parents dans un contexte émotionnel souvent fort.

## **B. Analyse des résultats**

Au cours de la période d'inclusion, le CAUVA a procédé à 1438 examens médico-légaux dont 391 concernés des sujets âgés de moins de 18 ans. Les évaluations psycho-sociales, réalisées en amont de toute judiciarisation, représentent donc une part minime de notre activité. Dans un précédent travail rétrospectif portant sur douze mois, le nombre d'évaluation psycho-sociale diligentées était de 74. Ce chiffre ne reflète cependant pas l'intégralité du phénomène au sein de notre institution : en effet certains enfants sont admis directement aux urgences pédiatriques et en repartent avec un certificat médical initial, sans passer par le CAUVA. Par contre, nos collègues pédiatres prennent quasi systématiquement attache avec notre service, lorsque les faits s'exercent dans la sphère intrafamiliale et lors des violences sexuelles [9]. Il est en effet primordial que dans le cadre de violences sexuelles, les victimes, quel que soit leur âge, ne soient examinées qu'une seule fois, par un professionnel rompu à ce type d'examen et qualifié en médecine légale.

Ce résultat doit également s'analyser au regard d'une volonté historique et constante de l'institution judiciaire locale qui s'oppose à la réalisation d'examens médico-légaux de mineurs en dehors du cadre judiciaire. Cela a pour finalité principale de réduire le risque d'instrumentalisation de l'outil médico-légal mais également des enfants, notamment dans des contextes de conflits parentaux.

Si la littérature abonde de travaux sur le thème de la maltraitance à enfants, il est extrêmement difficile de comparer notre activité d'évaluation psycho-sociale à celle d'autres centres de médecine légale clinique sur notre territoire. Bien que la réforme structurelle et fonctionnelle de la médecine légale (2011) ait permis la mise en place d'un maillage territorial composé d'Unités Médico-Judiciaires pluri professionnelles, il persiste une grande hétérogénéité dans les pratiques, du fait notamment de l'absence de consensus de prise en charge de ces situations. A ce constat s'ajoutent des pratiques locales variables dépendantes des politiques pénales appliquées par les procureurs de la République.

S'il est donc impossible d'établir des comparatifs fiables entre services de médecine légale et que les chiffres nationaux dont nous disposons sont issus d'études à faibles niveaux de preuves et de rapports d'activités, retenons tout de même qu'en France, selon l'ODAS, 98 000 enfants seraient en danger, 79 000 seraient en risque de danger et 19 000 seraient maltraités [80]. Ces chiffres doivent donc encourager les actions visant à optimiser le dépistage, la prise en charge des situations repérées ainsi que le suivi dans le temps.

Dans notre étude, l'âge moyen des enfants accueillis était de 7,6 ans mais ce chiffre ne doit pas faire occulter que les violences peuvent se rencontrer à tous âges. Pour Rey-Salmon, même si les enfants les plus jeunes sont les plus vulnérables, aucune tranche d'âge n'est écartée par la violence [135]. 70% de nos enfants étaient âgés de moins de 11 ans, ce qui est légèrement supérieur au 56% avancés dans le rapport de l'ODAS de 2006 [80]. Nous avons observé que les violences se sont concentrées sur la tranche 3-10 ans pour les garçons alors que le profil de répartition paraissait plus homogène pour les filles, sans que cette observation n'ait pu être étayée par la littérature. Ces constatations pourraient s'expliquer par une plus grande vulnérabilité physique du sexe féminin, quel que soit l'âge et donc une plus forte propension à être victime de violences quelles qu'elles soient. A l'inverse, le développement de la corpulence physique chez les garçons à l'adolescence pourraient être un élément protecteur, même s'ils seraient plus exposés aux châtiments corporels dans la petite enfance [2].

Nos mineurs étaient le plus souvent des filles (70%) alors qu'aux Etats-Unis (2015) la proportion de ces dernières serait quasi équivalente à celle des garçons avec respectivement 48,6% et 50,9% [136].

Ces dernières rapportaient majoritairement des faits de violences sexuelles (69,6%) comme le soulignaient Stoltenborth et al ainsi que Barth et al qui retrouvaient respectivement une prévalence des violences sexuelles chez les filles de 18 et 15% contre 7.6 et 8% chez le garçon [66,67]. De plus, l'OMS précise dans son rapport que les enfants de sexe féminin seraient plus exposés aux violences sexuelles que leurs homologues masculins [2].

Dans notre travail, 79% des enfants évoluaient au sein d'une fratrie sans qu'il ne soit possible d'établir un lien entre la taille de cette dernière et une éventuelle surexposition à des comportements violents. D'après la littérature, le risque de violence augmenterait avec la taille de la famille avec un risque plus important de violences intrafamiliales si le foyer comporte plus de quatre enfants [2].

La prématurité serait associée à un risque plus grand pour l'enfant d'être victime de violence et cela indépendamment de l'âge de la mère et de son niveau socio-économique [137]. Ceci en fait un des principaux facteurs de risque de violence lié à l'enfant identifié par la HAS [8]. Malgré un nombre élevé d'item non renseigné dans notre étude, il ressort que près de 6% des victimes étaient nés prématurément, ce qui est sensiblement similaire aux travaux de Blondel qui retrouvait un taux de prématurité de 6.6% en population générale, en 2010 [138]. Cette

hypothèse serait sous tendue par le fait que tout élément susceptible d'entraver la mise en place du lien mère-enfant (hospitalisation néonatale dans le cadre d'une naissance prématurée) accentuerait le risque de violences et de maltraitance pour ce dernier [8]. En effet la prématurité s'associe fréquemment à des situations de handicap ou au développement de maladies chroniques qui constituent également des facteurs de risque de violences selon la littérature.

Handicap et maladies chroniques étaient retrouvés dans quasiment un quart de nos dossiers (21,7%) avec seulement un enfant non suivi pour ce motif. L'importance du suivi spécialisé est primordiale puisque ces situations, en plus d'être à elles seules des facteurs de risque de violences, seraient des facteurs de risque de leur répétition dans le temps [60]. Une étude menée sur une cohorte de naissance anglaise a montré que les troubles de la conduite et des apprentissages qui résultaient d'un handicap, représentaient un facteur de risque de maltraitance. Les enfants présentant un trouble de la conduite auraient sept fois plus de risque d'être violentés, ceux avec des troubles des apprentissages cinq fois plus, et ceux avec des troubles du langage ou de la parole, trois fois plus [139]. En 2012, une revue de la littérature internationale a étudié la fréquence de la violence chez les enfants porteurs d'un handicap mental ou physique. Elle faisait état d'une susceptibilité plus forte pour les enfants handicapés d'être victimes de violences, avec une prévalence de la violence contre les enfants handicapés de 26,7% dont 20,4% et 13,7% de violences physiques et sexuelles respectivement. Ces enfants auraient 3,56 fois plus de risque de faire l'objet de violences physiques, 4,36 fois plus de risque d'être la cible de violences psychologiques et 2,88 fois plus de risque de subir des violences sexuelles [140].

Plus de la moitié de nos enfants avaient déjà rencontré au moins une fois un psychologue ou un pédopsychiatre. 80% des enfants connus pour un suivi socio-éducatif, bénéficiaient d'un suivi psychologique. Ce suivi est fondamental car il est acquis aujourd'hui que les troubles psychiatriques sont reconnus comme un facteur de risque indépendant de maltraitance. Dans l'étude de Tanguy et al. 90% des enfants placés en pouponnières présentaient des troubles psychiatriques alors qu'en population générale seulement 12.4% des enfants avaient des troubles psychologiques [141]. De plus, Spencer et al mettraient en évidence que les enfants avec des troubles psychologiques, hors troubles du comportement, auraient quatre fois plus de risque d'être maltraités [139].

Sur le plan des antécédents familiaux de violences, 33% des parents rapportaient avoir eux-mêmes été victimes de violences dans leur enfance. Cet élément est à prendre en



considération puisqu'il serait associé à un risque plus élevé de maltraitance infantile comme le souligne le rapport de l'OMS dans lequel 20% des femmes et 5 à 10% des hommes déclaraient avoir été victimes de violences sexuelles [2] et environ 25 à 50% de violences physiques durant l'enfance [142]. Nos résultats sont aussi comparables à ceux de Pears et al. (38%) qui retrouverait des antécédents de violence dans l'enfance chez 38% des parents [143].

Les hypothèses restent cependant floues, tantôt psychanalytiques tantôt neurobiologiques. En effet, selon certains auteurs, un substrat neurobiologique pourrait expliquer en partie la répétition transgénérationnelle de la violence via l'altération du fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire-adrénergique qui favoriserait le développement de troubles psychiatriques et la gestion inadéquate du stress et provoquerait une susceptibilité plus forte à la violence [144,145].

Notre étude a révélé qu'une majorité des parents étaient insérés dans la vie active avec au moins un parent actif (91%). Le rôle du facteur socio-économique dans la survenue de la maltraitance est diversement apprécié par la littérature en l'absence d'études ayant un niveau de preuve suffisant. Les critères pour le définir peuvent varier d'un pays à l'autre et ne pas avoir la même signification ou s'apparenter à d'autres facteurs qui lui sont souvent associés (le niveau d'étude peu élevé, la monoparentalité) [4,128].

L'investissement affectif de l'enfant se construirait dès l'étape du projet de grossesse, permettant par la suite la mise en place d'un lien affectif entre le nouveau-né et la mère, élément protecteur dans le risque de violences intrafamiliales [43,47]. Dans notre questionnaire, nous avons demandé aux parents si la grossesse était désirée ou non. Malheureusement, cet item s'est avéré non renseigné dans 64% des questionnaires. Toutefois, 30% des grossesses avaient été désirées par le couple parental. Parmi elles, 60% des enfants subissaient des violences intrafamiliales. Se pose donc la question, dans notre étude, du rôle protecteur du lien affectif parents (mère)/enfant. La recherche des événements qui pourraient entraver sa mise en place semblerait judicieuse qu'elle que soit le désir de grossesse au vue de notre résultat.

Concernant le mode de révélation des violences, un cas sur deux correspondait à des révélations spontanées de l'enfant. Il est admis que les violences peuvent parfois revêtir des modes de révélation très particuliers risquant de les faire méconnaître. Concernant les violences sexuelles, les révélations seraient plus complexes, douloureuses et tardives lorsqu'il

s'agit de faits perpétrés par des agresseurs intrafamiliaux, alors que les révélations dans le cadre extrafamilial se déroulent de manière plus spontanées et rapides [146]. Edinburgh précise dans ses travaux, que les garçons révéleraient plus facilement à leur mère les violences sexuelles extrafamiliales subies à la différence des filles, qui en parleraient plus spontanément à leurs ami(e)s [147]. Cette constatation d'une révélation aux pairs plutôt qu'à un adulte chez la jeune fille pourrait aussi être envisagée dans les violences sexuelles intrafamiliales. Ceci n'est toutefois pas retrouvé dans la littérature [146]. La taille de notre population ne nous permet pas d'établir de lien entre le mode de révélation, le type de violences et le lien avec l'agresseur, cependant rien ne permet d'exclure que cette observation de la littérature puisse se retrouver dans notre travail.

Nous avons constaté que 81.8% des violences étaient isolées ce qui est similaire aux chiffres nord-américains (86%) [136]. La majorité (63,6%) concernait des faits de violences sexuelles, pour lesquelles 70% des victimes étaient des filles et 50% des garçons. Ces chiffres sont nettement supérieurs à ceux retrouvés par Gilbert et al (5 à 15% de garçons et 10 à 30% de filles) [53] mais restent en accord avec les observations de l'OMS pour qui les violences sexuelles concerneraient trois fois plus souvent les filles [2]. Selon Gilbert et al, les faits d'attouchements étaient plus fréquemment rapportés, avec 3,7% des garçons et 13,2% des filles alléguant des attouchements, que les faits de pénétrations (1,9% de garçons et 5,3% de filles) ce qui est aussi en accord avec notre travail qui retrouve 12 cas (50%) d'attouchements contre 9 cas (37.5%) de pénétrations et 3 cas avec les deux types de faits [53].

Cette différence s'expliquerait en partie par le jeune âge de notre population d'étude à qui il peut être attribué la découverte du corps de l'enfant, la sexualité infantile et le début de la mise en collectivité. En effet, la sexualité infantile est présente chez tous les enfants. Elle comprend l'auto-érotisme et pousse souvent les enfants à éprouver de la curiosité pour les parties génitales d'autres personnes (camarades). Puis la pression sociale et familiale faisant, il y a un refoulement des tensions sexuelles vers un autre substrat ; l'enfant entre alors dans une période de latence (entre 6 et 12 ans). Toutefois des jeux sexuels persisteraient et s'effectueraient entre enfants du même âge mais souvent de sexe opposé. 80% des adultes interrogés évoquaient une expérience sexuelle avec un autre enfant comme « normale » Cependant, il existe depuis les premières judiciarisations d'agressions sexuelles entre mineurs du même âge, un amalgame entre les jeux sexuels des enfants et la sexualité de l'adulte. [148].

L'OMS dans son rapport sur la violence précise que les garçons seraient plus exposés à la violence physique, ce qui n'est pas retrouvé dans notre étude [2].

Concernant les formes associées, les violences psychologiques étaient souvent associées à des violences sexuelles ou physiques dans notre étude. Pour Bouchard et al, il existerait une certaine homogénéité dans la répartition des formes de violences, bien qu'il souligne une légère prédominance des formes associées « physiques et sexuelles » et « physiques, sexuelles et psychologiques » [49].

Dans son rapport (2006) l'ODAS retrouvait dans le cas des violences isolées, 33% de violences physiques, 26% de violences sexuelles, 23% de négligences et 18% de violences psychologiques chez les enfants en danger ou en risque de l'être [80]. Cette répartition n'est pas superposable à celle observée dans notre travail où nous décrivons une prédominance des violences sexuelles, des violences psychologiques supérieures aux violences physiques et aucune situation de négligence. Là encore la petite taille de notre population ne permet pas d'en retenir des conclusions fiables. Pour les auteurs, la fréquence élevée de violences sexuelles s'explique par le fait que ces situations sont complexes à gérer pour les professionnels médicaux exerçant en cabinet mais également par le fait que nous encourageons ces derniers lors des formations que nous dispensons à orienter ces situations vers le CAUVA.

Concernant la répétition des violences, nous retrouvons une part plus importante de violences itératives (48,5%) ce qui corrobore les observations de Fluke et al, pour qui 22% des enfants étaient revus pour des faits de violences sur une période de 24 mois après les premiers faits [58]. Le risque de réitération des violences serait plus élevé dans les trente jours qui suivent le premier passage à l'acte [60]. Nous n'avons pas prévu dans notre protocole de revoir les enfants à distance de l'évaluation psycho-sociale, mais il pourrait être intéressant de voir si ces mêmes enfants sont éventuellement examinés au CAUVA sur réquisition judiciaire pour de nouveaux faits dans les mois qui suivent.

Aucun cas de négligence n'a été constaté au cours de notre travail. Cela s'expliquerait par le fait que ces situations seraient prises en charge par d'autres professionnels de la protection de l'enfance et le plus souvent judiciairisées par le biais d'un signalement. Aux Etats-Unis (2015), des éléments cliniques évocateurs de négligence étaient retrouvés associés aux trois autres formes de violence. 14% des enfants avaient été victimes de plusieurs formes de violences et parmi eux, 5% avaient subi des violences physiques associées à des négligences,

ce qui correspondaient à l'association la plus communément retrouvée. 2.1% des enfants avaient été victimes d'une association composée de violences psychologiques/négligences et 1.3% de violences sexuelles/négligences [136]. Ces observations soulignent l'importance de rechercher systématiquement des éléments pouvant être évocateurs de négligences. Les études internationales montrent que la prévalence concernant la négligence serait au moins aussi haute que les autres types de violences [5], voire même plus forte aux Etats-Unis (2015) [136]. D'autant plus que selon Gilbert et al, la négligence serait autant destructrice à long terme que les autres types de violences [53].

D'après le NICE, une possible négligence devra être évoquée face à un manque d'hygiène manifeste, des tenues vestimentaires inadaptées de par la taille ou les conditions météorologiques, un retard staturo-pondéral, et des carences dans l'accès aux soins ou dans la réalisation d'un traitement. Enfin, il faudra évoquer une négligence dite « émotionnelle » lorsqu'il est constaté ou rapporté une indisponibilité émotionnelle ou une insensibilité persistante d'un parent, envers son enfant et en particulier s'il a moins de un an [128].

D'après la HAS, le milieu familial hébergerait 80% des mauvais traitements [4]. Dans ce cadre intime, l'agresseur présumé serait le père (33.9%), le beau-père (24.5%), le grand-père (8.1%) et le frère ou demi-frère (4.7%) [146]. Aux Etats-Unis, l'auteur serait l'un des parents (82,6%), le plus souvent la mère (40,9%) qui agirait seule (62%) [136]. Dans notre étude, le contexte intrafamilial des violences se retrouve dans la moitié des cas (55%) et les parents étaient désignés comme auteurs dans 44% des cas.

Dans la littérature, les parents maltraitants seraient soit dans une configuration monoparentale soit en couple avec une personne sans lien biologique avec l'enfant [2]. Cette structure familiale de « coparenting » semblerait à risque de violences intrafamiliales [149]. Notre travail met en évidence une origine intrafamiliale des violences pour 78% des enfants vivant avec un de leurs deux parents biologiques et pour la moitié d'entre eux, l'auteur est un parent.

En accord avec la littérature, notre travail objective que près de la moitié des enfants (47%) a présenté un ou plusieurs signe(s) de déstabilisation psychologique, parmi lesquels des troubles du sommeil, de l'anxiété ou de l'angoisse, et des troubles du comportement [46,149]. Ce résultat montre l'intérêt d'une évaluation psychologique de l'enfant dans ce contexte. L'atout du CAUVA est qu'il dispose, dans une même unité de temps et de lieu, d'une équipe de psychologue formée à l'évaluation psychologique dans ce contexte. Ainsi la présence d'un

psychologue dans ces évaluations permet le repérage précoce des éventuelles conséquences de la violence sur la santé physique et mentale de l'enfant [150–153].

Nous n'avons pas mis en évidence de conduite addictive, toutefois, il faut noter que l'âge moyen des enfants était de 7,6 ans. Les études montrent que les conduites addictives s'observent volontiers chez les adolescents ayant subi des violences dans l'enfance ou à l'adolescence [48,50]. Il conviendra donc en pratique que le médecin généraliste soit informé du contexte et puisse adapter son discours de prévention et si nécessaire ces stratégies de dépistage et de prise en charge.

Dans notre étude, le délai entre la révélation des faits de violences et l'évaluation psychosociale au CAUVA était le plus souvent supérieur à quinze jours et la majorité (64%) des enfants n'avait pas consulté de médecin. Dans ce contexte, le médecin généraliste peut avoir l'impression de se retrouver seul et démuni. Il a été montré que face à ce type de situation, peu nombreux sont ceux qui rédigerait une IP ou un signalement [154–156]. Selon Tursz, moins de 5% des IP émaneraient des médecins [157]. Les difficultés pour les professionnels confrontés à cette problématique semblent de deux ordres : la crainte d'une erreur avec recherche de responsabilité répressive et/ou indemnitaire ainsi que l'absence de protocole d'évaluation de ces situations [9]. La promulgation très récente de la loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement par les professionnels de santé devrait rassurer les professionnels sur ce point puisque l'article 226-14 du code pénal dispose à présent que « *le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi* ».

Dans notre population, 69% des évaluations psycho-sociales ont abouti à un dépôt de plainte. Ce chiffre est sensiblement plus élevé que les chiffres fournis par l'ODAS qui rapportait respectivement en 2005 et 2006, une judiciarisation de 59% et 57% des enfants signalés auprès de la protection de l'enfance [80]. Notre expérience nous permet de dire qu'un accompagnement pluridisciplinaire de l'entourage familial dans ce contexte, permet un meilleur niveau de judiciarisation quand cela est nécessaire, notamment lorsque l'agresseur désigné est un membre proche de la famille.

Nos assistantes sociales s'assurent systématiquement auprès des enquêteurs que le dépôt de plainte a bien été fait et dans le cas contraire, saisissent l'autorité judiciaire par le biais d'un signalement.

La maltraitance infantile représente un coût social et économique majeur [136,158,159]. Mais, son coût le plus important, reste humain. Les conséquences sur la personne ne se limitent pas seulement à l'enfant-victime mais aussi à sa famille, ses relations sociales futures et plus généralement à la société.

## CONCLUSION

La maltraitance à enfants constitue un enjeu actuel majeur de santé publique face auquel les professionnels médicaux, para médicaux, se retrouvent régulièrement en difficulté malgré l'existence de recommandations de conduite à tenir émises par les sociétés savantes, que sont la Haute Autorité de Santé.

Malgré la création de cellules d'accueil hospitalières, de pôles de références régionaux et la généralisation des unités de médecine légale clinique sur le territoire, impulsée par la réforme de la médecine légale, l'absence de consensus sur la méthodologie d'évaluation des suspicions de maltraitance semble constituer un frein majeur au dépistage de ces violences.

Avec toutes réserves liées à la très petite taille de notre population d'étude, nous avons pu observer qu'il ne semble pas exister de « profil type » d'enfants et de familles bénéficiant de ces évaluations psycho-sociale. Les révélations spontanées de violences sexuelles par un proche, tant par des filles que par des garçons, avant l'âge de onze ans, demeurent le principal motif d'orientation de ces situations par nos partenaires médicaux extérieurs au CHU de Bordeaux, témoignant ainsi d'une filière de prise en charge bien identifiée à l'extérieur. Les tendances qui se dégagent de ce premier travail, devront être confirmées par une étude prospective de plus grande ampleur sur une période d'inclusion plus longue.

Ces violences demeurent un phénomène de société en évolution croissante, pour lequel le médecin généraliste se retrouve très souvent en première ligne, d'où la nécessité d'un repérage attentif des situations à risques en soins primaires, d'un constat médico-légal de qualité et pour les cas les plus complexes une évaluation par une équipe spécialisée en protection de l'enfance.

Ainsi, les auteurs recommandent aux médecins généralistes de ne pas rester seuls face à ces situations, qui doivent être systématiquement orientées vers des structures médico-légales de référence. Il faut encourager et dynamiser l'articulation entre les soins primaires et ces structures afin d'optimiser le repérage, le diagnostic et le signalement de ces situations de violence sur mineur. En attendant, nous ne pouvons que saluer la modification législative récente de l'article 226-14 du code pénal qui, nous l'espérons, permettra aux professionnels concernés de porter, sans crainte, à la connaissance des autorités judiciaires les situations de maltraitance.

# ANNEXES

## A. Fiche de recueil des données d'une évaluation psycho-sociale

Numéro de dossier : ...

Date : ...../...../.....

### ***Parcours médico-psycho-social des familles accueillies au CAUVA pour suspicions de maltraitance sur mineur.***

#### Origine des victimes

##### 1) Intervenant médical

- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Pédopsychiatre
- Service des Urgences pédiatriques
- Hôpital pédiatrique
- Médecin de PMI
- Médecin scolaire
- Médecin du planning familial
- Dentiste

##### 2) Intervenant paramédical

- Puéricultrice
- Infirmière scolaire
- Infirmière du planning familial
- Sage-femme
- Psychologue
- Psychomotricienne
- Masseur-kinésithérapeute
- Orthophoniste

##### 3) Intervenant social

- Assistante sociale
- Service éducatif :  Administratif  Judiciaire
- 119

##### 4) Intervenant scolaire

- Corps enseignant
- Administration scolaire (Directeur, CPE)

##### 5) Intervenant associatif

- Oui, précisez lequel : ....



6)  Autre, précisez :

7)  Venue spontanée

### Caractéristiques sociodémographiques

#### 1) Parents

Structure familiale :  En couple  Séparé  Divorcé  Mère unique

Age du père : ...

Age de la mère : ...

Activité professionnelle des parents :  Deux parents actifs  Un parent actif  Sans emploi

Parentalité :  Grossesse spontanée ( Désirée  Non désirée)  PMA  Adoption

Antécédent de violences physiques et/ou sexuelles chez un parent :  Oui  Non

Antécédent de violences physiques et/ou sexuelles dans le milieu intrafamilial :  Oui  Non

Suivi socio-éducatif antérieur dans la famille ?  Oui  Non

#### 2) Enfant

Sexe :  Garçon  Fille

Age : ...

Fratrie :  Enfant unique  Frère(s) et/ou sœur(s), si oui place dans la fratrie .....

Prématurité :  Oui  Non

Niveau scolaire :

Classe normale, précisez :

Classe spécialisée, précisez :

Existence d'une pathologie chronique ou d'un handicap :  Oui  Non

Si Oui, existe-t-il un suivi spécifique :  Oui  Non

Suivi psychologique ou pédopsychiatrique antérieur :  Oui  Non

Suivi socio-éducatif antérieur concernant l'enfant :  Oui  Non

### Caractéristiques de la violence

Type de violence :

Physique

Sexuelle :  Attouchement(s)  Pénétration(s)

Psychologique

Négligence

Age au moment des premiers faits de violence : ...

Fréquence :  Unique  Itérative/répétée

### Mode de révélations

- Propos ou verbalisation spontanée du mineur
- Inquiétude parentale sans verbalisation du mineur
- Découverte parentale d'une situation inquiétante
- Stigmate(s) physique(s) observé(s) :
  - Avec verbalisation du mineur
  - Sans verbalisation du mineur
- Révélations par une tierce-personne :
  - Professionnelle, précisez : .....
  - Non professionnelle, précisez : .....

### Délai entre les révélations et la prise en charge

- <24 heures
- 2 et 7 jours
- 8 et 15 jours
- >15 jours

### Agresseur

Nombre :  Unique  Multiple

Sexe :  Masculin  Féminin

Age :  Mineur  Majeur  Inconnu

Lien avec la victime :

Intra-familial :  Parent  Grands-parents  Conjoint d'un parent  Fratrie  Autre

Extra-familial

précisez :

### Prise en charge médicale antérieure à l'évaluation psycho-sociale

Par un médecin traitant :  Oui  Non

Médecin de la PMI :  Oui  Non

Médecin scolaire :  Oui  Non

Par un médecin spécialiste de ville ou hospitalier :  Pédopsychiatre  Pédiatre

Examen physique :  Oui  Non

Incapacité totale de travail (ITT) :  Si oui, précisez la durée : ...  Non

## Données de l'évaluation psycho-sociale standardisée

### 1) Entretien du parent avec l'assistante sociale

Explication donnée à l'enfant sur la raison de l'évaluation :  Oui  Non

Décision du JAF sur le mode de garde si parents séparés :

- En résidence alternée
- Résidence principale ( Mère  Père) **avec** droit de visite et/ou d'hébergement pour l'autre parent
- Résidence principale ( Mère  Père) **sans** droit de visite et/ou d'hébergement pour l'autre parent
- Point de rencontre
- En attente de décision du JAF
- Pas de saisine du JAF

Apparition d'enjeux secondaires cachés :  Non  Oui, précisez :

### 2) Entretien de l'enfant avec le psychologue

Développement psychomoteur de l'enfant :  Normal  Ralentissement

Développement cognitif :  En phase avec l'âge  Retard

Existe-t-il des symptômes de déstabilisation psychologique :  Oui  Non

Si OUI précisez :

- Troubles du comportement : ...
- Troubles des émotions : ....
- Troubles du sommeil : ...
- Troubles des conduites alimentaires...
- Troubles des interactions sociales
- Fatigue psychologique
- Anxiété ou angoisse
- Conduite addictive :  Alcool  Tabac  Autre, précisez :

## Devenir

Orientation vers :

- Service social ou éducatif
- Service de soin psychologique
- Poursuite des soins psychologiques engagés
- Information préoccupante transmise à la CRIP
- Judicialisation :
  - Accompagnement au dépôt de plainte
  - Signalement au procureur de la République
  - Ordonnance de placement provisoire
  - Cauva mineur
- Retour à domicile sans préconisation avec mise à disposition de l'équipe du CAUVA

Délai entre la prise en charge du CAUVA et la prise en charge judiciaire

1) Orientation au dépôt de plainte

Délai pour audition et prise en charge par un service enquêteur :

- ≤24 heures
- 2 et 7 jours
- 8 et 15 jours
- >15 jours

2) Signalement

Délai entre l'évaluation et l'envoi du signalement :

- 24 heures
- 2 à 7 jours
- 8 à 15 jours

Délai entre l'envoi du signalement et l'audition du mineur :

- ≤7 jours
- 8 et 15 jours
- >15 jours

Délai entre le dépôt de plainte ou l'envoi du signalement et la visite judiciaire (hors CAUVA mineur)

- ≤7 jours
- 8 à 15 jours
- 16 à 30 jours
- >30 jours

## B. Modèle type de signalement

Cachet du médecin

# SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

**Accompagné de** (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

La personne accompagnatrice nous a dit que :

«

---

---

---

---

---

---

---

---

»

L'enfant nous a dit que :

«

---

---

---

---

---

---

---

---

»

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

**(rayer la mention inutile)**

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :

- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine) :

Compte tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

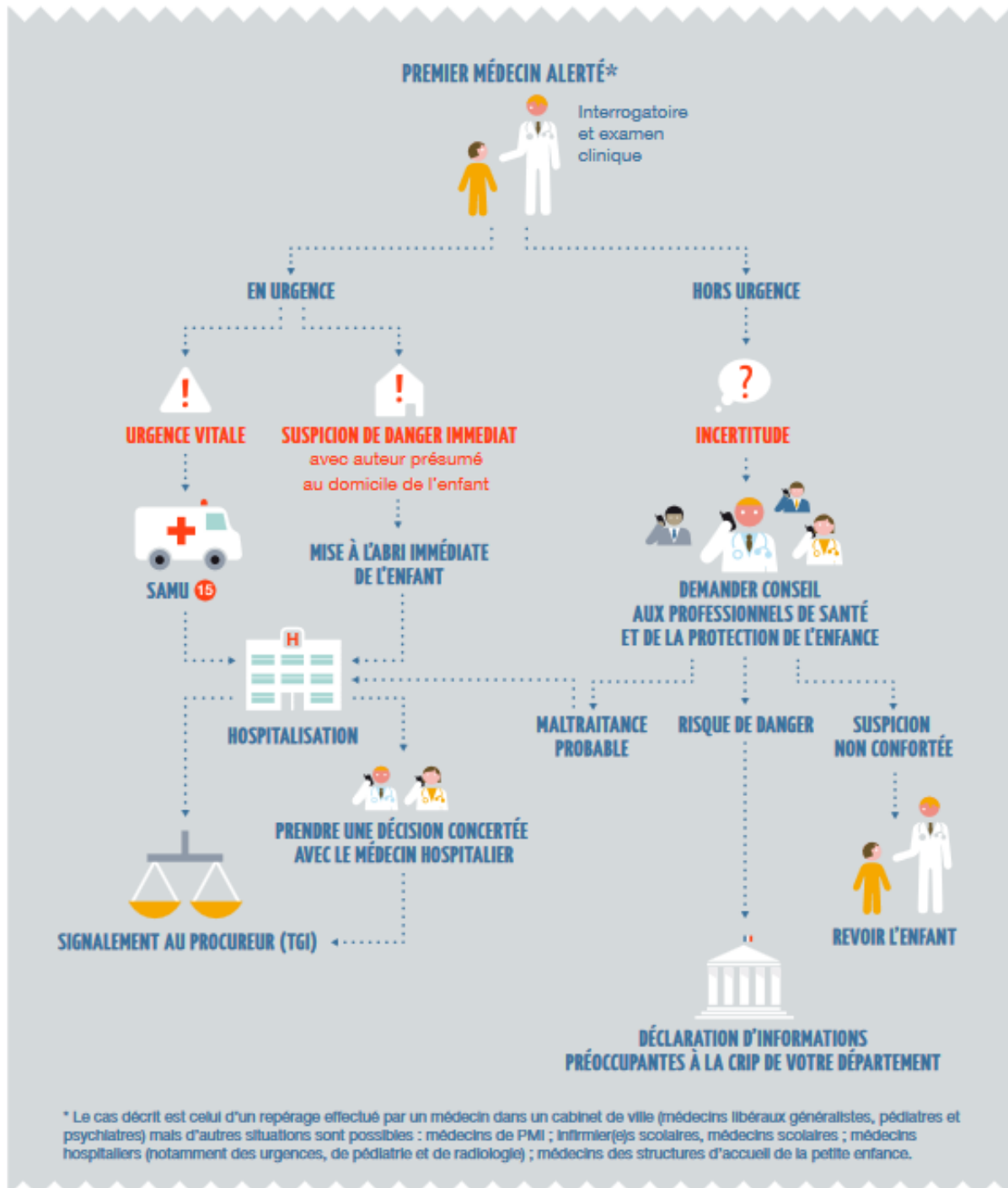
Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du médecin ayant examiné l'enfant :**

## C. Repérage et signalement de la maltraitance des enfants (HAS)

Feuille de synthèse sur la conduite à tenir en cabinet de ville lors de la suspicion de maltraitance sur enfant [132].

# Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation Mondiale de la santé. Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant : résumé. Genève; 2008 [consulté le 20 octobre 2016].  
Disponible sur :  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69880/1/WHO\\_NMH\\_VIP08.01\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69880/1/WHO_NMH_VIP08.01_fre.pdf?ua=1)
- [2] Organisation mondiale de la santé. Chapitre 3 : La maltraitance des enfants et le manque de soins de la part des parents ou des tuteurs. Dans: Rapport mondial sur la violence. Genève; 2002 [consulté le 20 novembre 2016]. p. 63-95. Disponible sur :  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/chap3fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap3fr.pdf)
- [3] Article 375 du Code civil.
- [4] Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014 [consulté le 20 octobre 2016].  
Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche\\_memo\\_maltraitance\\_enfant.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf)
- [5] World Health Organization. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013. 115 p.
- [6] Observatoire national de la protection de l'enfance. Estimation de la population des enfants et des jeunes pris en charge en protection de l'enfance au 31/12/2014. 2016 [consulté le 26 janvier 2017]. Disponible sur :  
[http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160927\\_note\\_estimation2014\\_ok.pdf](http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160927_note_estimation2014_ok.pdf)
- [7] Service des études juridiques. Les structures de protection de l'enfance. Sénat un site au service des citoyens. 2007 [consulté le 20 octobre 2016].  
Disponible sur : <http://www.senat.fr/lc/lc170/lc1700.html>



- [8] Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. 2014 [consulté le 20 octobre 2016].  
Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance\\_enfant\\_rapport\\_d\\_elaboration.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf)
- [9] Hiquet J, Christin E, Dubourg O, Fougas J, Baup C, Brunet G, et al. Apport de la médecine légale à la protection de l'enfance : présentation d'un mode d'évaluation pluridisciplinaire. Arch Pédiatrie. 2016;23(12):1233-9.
- [10] Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. Ethics Med Public Health. 2015;1(1):11-8.
- [11] Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. 2017 [consulté le 5 mars 2017]. Disponible sur : [http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES - ENFANTS\\_2017-2019.pdf](http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES - ENFANTS_2017-2019.pdf)
- [12] Tursz A. Chapitre 2. Définitions et approche épidémiologique de la fréquence de la maltraitance en France. Dans: Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier. 2015 [consulté le 14 novembre 2016]. Disponible sur : [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=LAV\\_REY\\_2013\\_01\\_0009](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=LAV_REY_2013_01_0009)
- [13] Tisseron B. Maltraitance Épidémiologie aujourd'hui. Arch Pédiatrie. 2014;21(5, Supplément 1):163.
- [14] Malherbe J-F. Violence et démocratie : introduction philosophique à la pratique de la responsabilité citoyenne. Université de Sherbrooke: GGC; 2003 [consulté le 28 novembre 2016]. Disponible sur : [http://www.orsnpdc.org/wp-content/uploads/2015/02/242384\\_1violence.pdf](http://www.orsnpdc.org/wp-content/uploads/2015/02/242384_1violence.pdf)
- [15] Observatoire national de l'action décentralisée. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique. Observatoire national de l'action décentralisée (ODAS); 2001 [consulté le 20 octobre 2016]. Disponible sur : [http://odas.net/IMG/pdf/200105\\_Guide\\_methodo\\_Enfance\\_en\\_danger\\_2001.pdf](http://odas.net/IMG/pdf/200105_Guide_methodo_Enfance_en_danger_2001.pdf)
- [16] Article 222-14 du Code Pénal.

- [17] Article 222-23 du Code pénal.
- [18] Article 222-22 du Code pénal.
- [19] Article 227-25 du Code pénal.
- [20] Article 222-31-1 du Code pénal.
- [21] Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2014;62(5):299-312.
- [22] Loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 relative aux violences faites spécifiquement aux femmes, aux violences au sein des couples et aux incidences de ces dernières sur les enfants. *JORF* n° 0158 du 10 juillet 2010 page 12762 texte n° 2.
- [23] Article 222-33-2-1 du Code pénal.
- [24] Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. *JORF* n° 0179 du 5 août 2014 pages 12949 texte n° 4.
- [25] Le Grand Robert de la langue française. [Consulté le 28 octobre 2016].  
Disponible sur: <http://gr.bvdep.com.docelec.u-bordeaux.fr/robert.asp>
- [26] Article 312-1 du Code pénal.
- [27] Smith PK, Cowie H, Olafsson RF, Liefoghe APD, Almeida A, Araki H, et al. Definitions of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Dev.* 2002;73(4):1119-33.
- [28] Ministère de l'Education Nationale. (page consultée le 05 décembre 2016). Le harcèlement, c'est quoi? Non au harcèlement. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.nonauharcèlement.education.gouv.fr/ressources/guides/le-harcèlement-cest-quoi/>
- [29] Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. *Enfances Psy.* 2010;(45):82-90.

- [30] Hubert T. Un collégien sur cinq concerné par la « cyberviolence ». Paris: Direction de l'Évaluation de la Prospective et de la Performance (DEPP), Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Note d'information n°39; 2014 [consulté le 13 janvier 2017]. Disponible sur : [http://cache.media.education.gouv.fr/file/2014/60/3/DEPP\\_NI\\_2014\\_39\\_un\\_collégien\\_sur\\_cinq\\_concerne\\_par\\_la\\_cyberviolence\\_370603.pdf](http://cache.media.education.gouv.fr/file/2014/60/3/DEPP_NI_2014_39_un_collégien_sur_cinq_concerne_par_la_cyberviolence_370603.pdf)
- [31] Nathanson M, Oxley J, Rouyer M. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. *J Pédiatrie Puériculture*. 2011;24(6):295-305.
- [32] Haddad S, Chouchane C, Chouchane S, Ghédira L, Zaafrane F, Chadly A, et al. Syndrome de Münchhausen par procuration : à propos de deux nouvelles observations. *J Pédiatrie Puériculture*. 2007;20(5):200-2.
- [33] Nathanson. Le syndrome de Münchhausen par procuration. *Arch Pédiatrie*. 2001;8(Suppl 2):S426-428.
- [34] McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child*. 1996;75(1):57-61.
- [35] Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse Negl*. 2003;27(4):431-51.
- [36] Charrier A, Oriol C, Drenou A, Fagon H, Tordjman S. Mise en place d'un dispositif innovant dans la prise en charge des enfants exposés aux violences intrafamiliales : un partenariat entre une équipe mobile de pédopsychiatrie et la Gendarmerie Nationale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2016;64(5):295-301.
- [37] Fortin A. L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ? *Empan*. 2009;(73):119-27.
- [38] Fortin A. Présentation du dossier. L'enfant et les violences conjugales. *Rev Int Education Fam*. 2011;1(29):9-11.

- [39] Délégation aux Victimes, Ministère de l'Intérieur. Etude nationale sur les morts violentes au sein du couple en 2015. Paris: Ministère de l'Intérieur; 2015 [consulté le 06 janvier 2017].  
Disponible sur : [http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete\\_sur\\_les\\_morts\\_violentes\\_au\\_sein\\_du\\_couple\\_2015\\_-\\_principaux\\_enseignements\\_-\\_MIPROF.pdf](http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_sur_les_morts_violentes_au_sein_du_couple_2015_-_principaux_enseignements_-_MIPROF.pdf)
- [40] Ministère des Droits des Femmes. 4<sup>ème</sup> plan interministérielle de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016. [consulté le 17 janvier 2017].  
Disponible sur : <http://stop-violences-femmes.gouv.fr/-La-mission-interministerielle-de,91-.html>
- [41] Lavergne C, Clément M, Damant D, Bourassa C, Lessard G, Turcotte P. Cooccurrence de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants : Facteurs individuels et familiaux associés. Rev Int Léducation Fam. 2011;(29):37-61.
- [42] Roussey M, Balençon M, Pierre M. Chapitre 11. Enfants victimes de carences et de négligences. Dans: Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier; 2015 [consulté le 19 décembre 2016]. Disponible sur : [http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF\\_221120131.pdf](http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf)
- [43] Dumaret A, Tursz A. Conséquences à long terme de la maltraitance dans l'enfance. Rev Prat. 2011;61(5):663-6.
- [44] Tursz A. Les infanticides en France : peut-on les repérer, les compter, les prévenir ? Arch Pédiatrie. 2014;21(4):343-6.
- [45] Tursz A. Les infanticides : données épidémiologiques. Arch Pédiatrie. 2012;19(6, Supplement 1):H312-3.
- [46] Vanthournout B. L'enfant battu : aspects psychologiques. Rev Med Brux. 2005;(26):S 326-332.
- [47] Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2014;62(5):313-25.

- [48] Thellier E, Colmant C, Picherot G, Vabres N. Chapitre 14. Formes particulières de maltraitance selon l'âge. Dans: Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier; 2015 [consulté le 17 décembre 2016]. Disponible sur : [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=LAV\\_REY\\_2013\\_01\\_0142](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=LAV_REY_2013_01_0142)
- [49] Bouchard EM, Tourigny M, Joly J, Hébert M, Cyr M. Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Rev Epidémiologie Santé Publique*. 2008;56(5):333-44.
- [50] 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.
- [51] Tursz A. Maltraitance à la petite enfance : un phénomène sous-estimé que les médecins doivent apprendre à reconnaître. *Rev Prat*. 2011;61(5):652.
- [52] Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 1994; 18(5):409-17.
- [53] Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
- [54] Leeb RT, Paulozzi LJ, Melanson C, Simon TR, Arias I. Child maltreatment surveillance : uniform definitions for public health and recommended data elements. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for injury Prevention and Control (NCIPC); 2008 [consulté le 20 décembre 2016]. Disponible sur : [https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM\\_Surveillance-a.pdf](https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM_Surveillance-a.pdf)
- [55] Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008;9(2):84-99.
- [56] Appel AE, Holden GW. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *J Fam Psychol*. 1998;12(4):578-99.

- [57] Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. La lettre de l'Observatoire national des violences faites aux femmes. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015 [consulté le 12 janvier 2017].  
Disponible sur : [http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre\\_ONVF\\_8\\_-\\_Violences\\_faites\\_aux\\_femmes\\_principales\\_donnees\\_-\\_nov15.pdf](http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONVF_8_-_Violences_faites_aux_femmes_principales_donnees_-_nov15.pdf)
- [58] Fluke JD, Shusterman GR, Hollinshead DM, Yuan Y-YT. Longitudinal analysis of repeated child abuse reporting and victimization: multistate analysis of associated factors. *Child Maltreat.* 2008;13(1):76-88.
- [59] Hamilton CE, Browne KD. Recurrent maltreatment during childhood: A survey of referrals to police child protection units in England. *Child Maltreat.* 1999;4(4):275-86.
- [60] Hindley N, Ramchandani PG, Jones DPH. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. *Arch Dis Child.* 2006;91(9):744-52.
- [61] Dong M, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Williamson DF, Thompson TJ, et al. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2004;28(7):771-84.
- [62] Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry.* 2003;160(8):1453-60.
- [63] Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse Negl.* 2007;31(5):479-502.
- [64] Clemmons JC, Walsh K, DiLillo D, Messman-Moore TL. Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreat.* 2007;12(2):172-81.
- [65] Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Alink LRA. Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *Int J Psychol.* 2013;48(2):81-94.

- [66] Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*. 2011;16(2):79-101.
- [67] Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2013;58(3):469-83.
- [68] Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, IJzendoorn MH van. The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *J Aggress Maltreatment Trauma*. 2012;21(8):870-90.
- [69] Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect : a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48(3):345-55.
- [70] Crume TL, DiGuseppi C, Byers T, Sirotiak AP, Garrett CJ. Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics*. 2002;110(2 Pt 1):e18.
- [71] Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, Carlson PJ, Hooten EG, Howell E, et al. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *JAMA*. 1999;282(5):463-7.
- [72] Levene S, Bacon CJ. Sudden unexpected death and covert homicide in infancy. *Arch Dis Child*. 2004;89(5):443-7.
- [73] Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. *JAMA*. 2003;289(11):1425-9.
- [74] Overpeck MD, Brenner RA, Cosgrove C, Trumble AC, Kochanek K, MacDorman M. National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics*. 2002;109(2):274-83.

- [75] Brenner RA, Overpeck MD, Trumble AC, DerSimonian R, Berendes H. Deaths attributable to injuries in infants, United States, 1983-1991. *Pediatrics*. 1999;103(5 Pt 1):968-74.
- [76] Organisation mondiale de la santé, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève: 2006 [consulté le 20 octobre 2016]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43686/1/9789242594362_fre.pdf)
- [77] Otterman G, Jalsenius M, Maguire S, Sarkadi A, Janson S. Paediatric approaches to child maltreatment are subject to wide organisational variations across Europe. *Acta Paediatr*. 2017;106(7):1110-1117.
- [78] Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. *Arch Pédiatrie*. 2009;16(6):936-9.
- [79] Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. *JORF* n°0163 du 14 juillet 1989 page 8869.
- [80] Observatoire national de l'action sociale décentralisée. La lettre de l'ODAS. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. ODAS; 2007 [consulté le 26 janvier 2017]. Disponible sur : [http://odas.net/IMG/pdf/200711\\_protection\\_enfance\\_2007.pdf](http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf)
- [81] Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
- [82] Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur ; 2011 [consulté le 22 mars 2017]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/reco2 clics\\_reperage\\_et\\_signalement\\_inceste\\_par\\_les\\_medecins.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/reco2 clics_reperage_et_signalement_inceste_par_les_medecins.pdf)
- [83] Haute Autorité de Santé. Inceste : la HAS s'engage. *Droit Déontologie Soins*. 2011;11(4):503-23.



- [84] Ciavaldini A. Les Agressions Sexuelles, données épidémiologiques générales. Fédération Fr Psychiatr. 2001;(Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle, Conférence de consensus):57-88.
- [85] Article 221-6 du Code pénal.
- [86] Article 221-1 du Code pénal.
- [87] CépiDc-Inserm. Résultats de la requête : Effectifs de décès. 2014 [consulté le 26 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.cepidc.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>
- [88] Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities in France: Retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. Child Abuse Negl. 2010;34(7):534-44.
- [89] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans) ; 2007 [consulté le 28 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_mort\\_inattendue\\_nourrisson.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_mort_inattendue_nourrisson.pdf)
- [90] Levieux K, Patural H, Harrewijn I, Hanf M, Gras Leguen C. Prise en charge des morts inattendues du nourrisson par les centres de référence français : état des lieux des pratiques en 2013. Arch Pédiatrie. 2015;22(4):360-7.
- [91] Article L221-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- [92] Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. JORF n°55 du 6 mars 2007 page 4215 texte n° 7.
- [93] Assemblée générale des Nations Unies. Convention internationale relative aux droits de l'enfant ; 1989 [consulté le 26 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.humanium.org/fr/wp-content/uploads/convention-internationale-relative-aux-droits-de-l-enfant-integral.pdf>
- [94] Ministère de la Santé et de la Solidarité. Guide pratique de la protection de l'enfance, la CRIP. 2007.

- [95] Observatoire nationale de l'action sociale. L'observation de l'enfant en danger : guide méthodologique. ODAS; 2001.
- [96] Article R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles.
- [97] Loi n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. JORF n°0258 du 6 novembre 2015 page 20706 texte n° 1.
- [98] Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. JORF n°0063 du 15 mars 2016 texte n° 1.
- [99] Article L112-3 du Code de l'action sociale et des familles.
- [100] Article L226-4 du Code de l'action sociale et des familles.
- [101] Article L226-3 du Code de l'action sociale et des familles.
- [102] Article L221-2 du Code de l'action sociale et des familles.
- [103] Article L223-1-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- [104] Article L223-5 du Code de l'action sociale et des familles.
- [105] Article L223-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- [106] Article L313-13 du Code de l'action sociale et des familles.
- [107] Article L112-5 du Code de l'action sociale et des familles.
- [108] Article L226-3-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- [109] Ministère de la Santé et des Solidarités. Protection de l'Enfance : la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Guide pratique; 2011 [consulté le 13 février 2017].  
Disponible sur : <http://www.reforme-enfance.fr/documents/guidecellule.pdf>

- [110] Conseil général de la Gironde. Les services de la solidarité du département se réorganisent ! Plaquette d'information. Gironde le département; 2014 [consulté le 13 février 2017].  
Disponible sur : [http://www.gironde.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/plaquette\\_solidarite.pdf](http://www.gironde.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/plaquette_solidarite.pdf)
- [111] Malherbe H, GIP Enfance en Danger - SNATED. Le Bulletin Annuel du SNATED. 2016.
- [112] Basset C. Les avis du Conseil Economique, Social et Environnemental : la protection maternelle et infantile. Paris: Conseil Economique, Social et Environnemental. 2014. 51 p.
- [113] Ministère de l'Education Nationale. Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO spécial N°1 du 25 janvier 2001 : Politique de santé en faveur des élèves. 2001 [consulté le 22 février 2017].  
Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/default.htm>
- [114] Article R4127-43 du Code de la santé publique.
- [115] Article R4127-44 du Code de la santé publique.
- [116] Article 40 du Code de procédure pénale.
- [117] Article 40-1 du Code de procédure pénale.
- [118] Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance de la Gironde. Rapport annuel de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance. Bordeaux; 2014.
- [119] Ministère de la Santé et des Solidarités. Protection de l'enfance : intervenir à domicile pour la protection de l'enfant. Guide pratique; 2011.
- [120] Ministère de la Santé et des Solidarités. Protection de l'enfance : l'accueil de l'enfant et de l'adolescent protégé. Guide pratique; 2011.
- [121] Article 375-5 du Code civil.

- [122] Huyette M, Desloges P, Gebler L. Guide de la protection judiciaire de l'enfant. 4ème édition. Dunod; 2009.
- [123] Direction de l'information légale et administrative. Placement d'un enfant sur décision judiciaire. 2015 [consulté le 10 janvier 2017].  
Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3140>
- [124] Sultan C, Ministère de la Justice. Note du 23 mars 2015 relative à la mesure judiciaire d'investigation éducative. Bulletin Officiel du Ministère de la Justice; 2015.
- [125] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques DRESS. 4,2 millions de prestations d'aide sociale attribuées par les départements en 2014. Etudes Résultats. 2015 [consulté le 12 février 2017].  
Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er942.pdf>
- [126] Ministère de la Santé et des Solidarités. Protection de l'Enfance: l'observatoire départemental de la protection de l'enfance. Guide pratique; 2011.
- [127] Tursz A. Facteurs de risque de la maltraitance dans l'enfance. Rev Prat. 2011;61(5):658-60.
- [128] National Institute of Health and Clinical Excellence. When to suspect child maltreatment overview. NICE; 2016.
- [129] Rey-Salmon C, Ferrant O, Adamsbaum C. Chapitre 17. Stratégies diagnostiques et recommandations. Dans: Maltraitance chez l'enfant. Lavoisier; 2015 [consulté le 19 décembre 2017]. Disponible sur :  
[http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=LAV\\_REY\\_2013\\_01\\_0179](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=LAV_REY_2013_01_0179)
- [130] Vabres N, Fleury, J, Picherot G. Repérage des signes cliniques évocateurs de maltraitance chez le petit enfant. Rev Prat. 2011;61(5):653-6.
- [131] Article 226-14 du Code pénal.
- [132] Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de la maltraitance des enfants. Haute Autorité de Santé; 2014 [consulté le 20 octobre 2016].  
Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_interactif\\_reperage\\_maltraitance\\_enfants.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_interactif_reperage_maltraitance_enfants.pdf)

- [133] Trémintin J. Que peut-on faire pour aider les victimes d'agression. 2001 [consulté le 05 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.lien-social.com/Que-peut-on-faire-pour-aider-les-victimes-d-agression>
- [134] Puccin A. Le « Cauva », un refuge pour les victimes de violences conjugales. 2016;11-4.
- [135] Rey Salmon C, Adamsbaum C. Maltraitance chez l'enfant : un mineur sur 10. J Eur Urgences Réanimation. 2015;27(1):3-4.
- [136] U.S Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment 2015. 2017 [consulté le 16 mars 2017].  
Disponible sur : <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2015.pdf>
- [137] 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;60(4):337-40.
- [138] Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the french national perinatal surveys. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2012;41(4):e1-15.
- [139] Spencer N, Devereux E, Wallace A, Sundrum R, Shenoy M, Bacchus C, et al. Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: a population-based study. Pediatrics. 2005;116(3):609-13.
- [140] Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet Lond Engl. 2012;380(9845):899-907.
- [141] Tanguy M, Rousseau D, Roze M, Duverger P, Nguyen S, Fanello S. Parcours et devenir de 128 enfants admis avant l'âge de quatre ans en pouponnière sociale. Arch Pédiatrie. 2015;22(11):1129-39.

- [142] Organisation Mondiale de la Santé, Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime, Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde. Genève: 2015 [consulté le 15 janvier 2017]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_14.2\\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145088/1/WHO_NMH_NVI_14.2_fre.pdf?ua=1&ua=1)
- [143] Pears KC, Capaldi DM. Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse Negl.* 2001;25(11):1439-61.
- [144] Neigh GN, Gillespie CF, Nemeroff CB. The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma Violence Abuse.* 2009;10(4):389-410.
- [145] Brand SR, Brennan PA, Newport DJ, Smith AK, Weiss T, Stowe ZN. The impact of maternal childhood abuse on maternal and infant HPA axis function in the postpartum period. *Psychoneuroendocrinology.* 2010;35(5):686-93.
- [146] Dupont M, Messerschmitt P, Vila G, Bohu D, Rey-Salmon C. Le processus de révélation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2014;172(6):426-31.
- [147] Edinburgh L, Saewyc E, Levitt C. Gender differences in extrafamilial sexual abuse experiences among young teens. *J Sch Nurs Off Publ Natl Assoc Sch Nurses.* 2006;22(5):278-84.
- [148] Welniarz B, Medjdoub H. Du jeu sexuel à l'agression entre enfants du même âge en « période de latence » : réflexion à partir d'une population d'enfants hospitalisés pour troubles du comportement. *Inf Psychiatr.* 2012;88(1):13.
- [149] Petersen AC, Institute of Medicine (U.S.), National Research Council (U.S.), National Research Council (U.S.). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research.* Washington, D.C: National Academies Press; 2014:428 p.
- [150] Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl.* 2007;31(5):517-30.

- [151] Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. The Long-term health outcomes of childhood abuse. *J Gen Intern Med.* 2003;18(10):864-70.
- [152] Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett K. A review of childhood abuse, health, and pain-related problems : the role of psychiatric disorders and current life stress. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD.* 2009;10(2):170-88.
- [153] Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Katon WJ. Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Psychol Med.* 1995;25(6):1259-67.
- [154] El Hanaoui-Atif H. Le signalement des maltraitements à enfants par les médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine, Grenoble: Université Joseph Fourier; 2012.
- [155] Beuchot-Malzac V. Maltraitance de l'enfant : difficultés des médecins généralistes bitterrois dans la prise en charge : enquête qualitative. Thèse d'exercice de médecine, Montpellier: Université de Montpellier 1; 2011.
- [156] Greco C. Repérage et prise en charge de la maltraitance faite aux enfants par les internes en médecine générale : bases pour améliorer la formation. Thèse d'exercice de médecine, Paris: Université Paris 11 Kremlin-Bicêtre; 2013.
- [157] Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels-Rapport du Comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants. Paris: 2014 [consulté le 14 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.cnape.fr/files/news/1435.pdf>
- [158] Cour des Comptes. Rapport public thématique : La protection de l'enfance. Paris; 2009 [consulté le 28 avril 2017].  
Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/846>

[159] Cour des Comptes. La protection judiciaire de la jeunesse. Enquête demandée par la commission des finances du Sénat. Paris; 2014 [consulté le 28 avril 2017].

Disponible sur :

[https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150120\\_protection\\_judiciaire\\_jeunesse.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20150120_protection_judiciaire_jeunesse.pdf)



## RESUME

**Titre :** Evaluations psycho-sociales des suspicions de violences sur mineurs. Etude prospective menée au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

**Introduction :** Les violences sur mineurs sont un phénomène sous-estimé aux conséquences multiples. Après la publication d'une méthodologie d'évaluation psycho-sociale (EPS) diligentée dans les cas de suspicions de violences sur mineurs, les auteurs ont souhaité s'intéresser aux caractéristiques des enfants et familles en bénéficiant.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude prospective monocentrique menée du 19 décembre 2016 au 31 mars 2017 au Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression du CHU de Bordeaux. Ont été inclus les enfants et les familles ayant bénéficié d'une EPS en amont de toute judiciarisation.

**Résultats :** 33 mineurs, 70% (n=23) de filles et 30% (n=10) de garçons, âgés en moyenne de 7.6 ans ont été accueillis. Ils révélaient spontanément (n=17) des violences uniques (51.5% ; n=17), sexuelles (63,6% ; n=21), physiques (12,1% ; n=4) et psychologiques (6,1% ; n=2) et dans 18,2% (n=6) des violences associées. 15 sujets (47%) présentaient une déstabilisation psychologique. Par ailleurs, l'auteur était dans la plupart des cas un garçon (79% ; n=26), mineur (52% ; n=17) qui agissait seul (87,9% ; n=29). Dans la sphère familiale, étaient mis en cause les parents (44%, n=8) et la fratrie (33% ; n=6). Les parents, pour 51.5% (n=17) divorcés ou séparés, rapportaient un antécédent personnel de violences dans 33% des cas (n=11). Les familles étaient adressées par un professionnel médical dans un cas sur deux dont 21% (n=7) par le médecin généraliste. A l'issue de l'EPS, l'indication d'une judiciarisation était retenue dans 22 dossiers (69%), 14 par dépôt de plainte et 8 par signalement au procureur de la République.

**Conclusion :** Sous réserves de la taille de notre population, il ne semble pas se dégager de « profils » d'enfants et de familles susceptibles d'être confrontés à des suspicions de violences. Le médecin généraliste, en première ligne, ne doit pas rester seul mais orienter vers une structure spécialisée, pour qu'une évaluation pluridisciplinaire soit réalisée afin de garantir une protection de l'enfant adaptée à la réalité du danger.

**Mots clés :** « Evaluation psycho-sociale », « violence », « mineur », « CAUVA »

**Spécialités :** Médecine générale, Médecine légale

**Title:** Psycho-social evaluations of suspicions of violence against minors. Prospective study conducted at the Emergency Center for Victims of Aggression of the Bordeaux University hospital.

**Introduction:** Violence against minors is an underestimated phenomenon with multiple consequences. Following the publication of a Psycho-Social Evaluation (PSE) methodology in the cases of suspicions of violence against minors, the authors aimed at focusing on the characteristics of children and families.

**materials and methods:** This is a prospective, monocentric study carried out from December 19, 2016 to March 31, 2017, at the Centre d'Accueil en Urgence des Victimes d'Aggression (emergency unit for victims of assault) of the Bordeaux University Hospital. Children and families who benefited from PSE prior to any legal proceedings were included to the study.

**Results:** 33 minors, 70% (n=23) of girls and 30% (n=10) of boys, mean age 7.6 years were received. They revealed spontaneously (n=17) single (51.5% ; n=17), sexual (63.6% ; n=21), physical (12.1% ; n=4) and psychological (6.1% ; n=2) violence and 18.2% (n=6) of the associated violence. 15 subjects (47%) presented psychological instability. Besides, our results show that in most cases, the perpetrator was a boy (79%, n = 26), minor (52%, n=17) who acted alone (87.9% ; n=29). Parents (44% ; n=8) and siblings (33% ; n=6) were involved in the family sphere. Parents, for 51.5% (n=17) divorced or separated, reported a personal history of abuse in 33% of the cases (n=11). Families were referred by a medical professional in a case on two, 21% (n=7) by the general practitioner. Following our assessment, a legal proceeding was retained for 22 cases (69%), 14 by a filing of complaints and 8 by a report filed to the public prosecutor of the Republic.

**Conclusion:** Subject to the size of our population, there does not appear to be any "profiles" of children and families likely to face suspicions of violence. The general practitioner in the front line should not remain alone but should refer to a specialist structure so that a multidisciplinary assessment is carried out in order to guarantee a child protection adapted to the reality of the danger.

**Keywords:** "Psycho-social evaluation", "violence", "minor", "CAUVA"

**Specialties:** General medicine, Forensic medicine

## TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Les types de violences	12
<u>Figure 2</u> : Evolution des types de violences sur mineurs entre 1998 et 2006	24
<u>Figure 3</u> : Schéma détaillant les différentes fonctions de la CRIP	35
<u>Figure 4</u> : Les différentes mesures de protection de l'enfance	39
<u>Figure 5</u> : Distribution des mesures éducatives ou placements selon le type pour les mineurs au 31 décembre 2014	43
<u>Figure 6</u> : Répartition selon le sexe et la classe d'âge	55
<u>Figure 7</u> : Place de l'enfant dans la fratrie	56
<u>Figure 8</u> : Statut professionnel des parents	57
<u>Figure 9</u> : Structure parentale	57
<u>Figure 10</u> : Décision du JAF	58
<u>Figure 11</u> : Antécédents de violences	59
<u>Figure 12</u> : Répartition du type de violences subies	59
<u>Figure 13</u> : Formes de violences sexuelles	60
<u>Figure 14</u> : Caractère isolé ou associé des violences	60
<u>Figure 15</u> : Violences selon l'âge	61
<u>Figure 16</u> : Violence selon le sexe	61
<u>Figure 17</u> : Violence selon l'âge chez les filles	62
<u>Figure 18</u> : Violence selon l'âge chez les garçons	62
<u>Figure 19</u> : Âge de l'auteur	63
<u>Figure 20</u> : Sexe de l'auteur	63
<u>Figure 21</u> : Origine de l'auteur	63
<u>Figure 22</u> : Lien intra familial de l'auteur	64

<u>Figure 23</u> : Orientation au CAUVA	64
<u>Figure 24</u> : Qualifications des professionnels médicaux	65
<u>Figure 25</u> : Modes de révélation des faits	66
<u>Figure 26</u> : Délai entre la révélation et la prise charge au CAUVA	66
<u>Figure 27</u> : Symptomatologie psychologique	67
<u>Figure 28</u> : Devenir à l'issue de l'évaluation psycho-sociale	68
<u>Figure 29</u> : Formes de judiciarisation	68
<u>Figure 30</u> : Délai entre le dépôt de plainte et l'audition	69
<u>Figure 31</u> : Délai entre l'envoi du signalement et l'audition par le service enquêteur	69

