



HAL
open science

**Facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale
dans l'agglomération grenobloise en 2017 : étude
épidémiologique rétrospective dans la population d'enfants
ayant bénéficié d'une évaluation médico-sociale suite à une
information préoccupante**

Florine Grob, Joséphine Hirschler Bertrand

► **To cite this version:**

Florine Grob, Joséphine Hirschler Bertrand. Facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale dans l'agglomération grenobloise en 2017 : étude épidémiologique rétrospective dans la population d'enfants ayant bénéficié d'une évaluation médico-sociale suite à une information préoccupante. Médecine humaine et pathologie. 2019. <dumas-02377182>

HAL Id: dumas-02377182

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02377182v1>

Submitted on 26 Nov 2019

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.



HAL Authorization



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

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



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

**FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE INTRAFAMILIALE
DANS L'AGGLOMÉRATION GRENOBLOISE EN 2017 :**

*Étude épidémiologique rétrospective dans la population d'enfants ayant bénéficié
d'une évaluation médico-sociale suite à une information préoccupante*

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Florine GROB

Joséphine HIRSCHLER née BERTRAND

[Données à caractère personnel]

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de médecine de Grenoble
le : **21/11/2019**

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Patrick IMBERT

Membres :

M. le Professeur Georges WEIL

M. le Docteur François PAYSANT

M. le Docteur François-Xavier LEUPERT

M. le Docteur Michel LEVEQUE

Mme le Docteur Pauline GIRARD, directrice de thèse

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans
les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

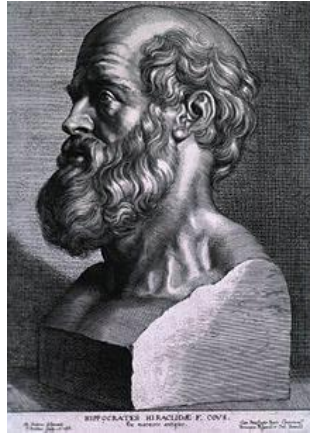
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUETET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAENG Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale



LE SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes cher-e-s condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes et femmes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

LE SERMENT DU MEDECIN

Déclaration de Genève

En qualité de membre de la profession médicale,

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;

Je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Je témoignerai à mes professeur-e-s, à mes collègues et à mes étudiant-e-s le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement.

Remerciements :

À Monsieur le Professeur Patrick Imbert, vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence du jury ;

À Monsieur le Professeur Georges Weil, pour votre intérêt immédiat ;

À Monsieur le Docteur François Paysant, pour votre participation au jury et votre implication en pédiatrie médico-légale ;

À Monsieur le Docteur Leupert, pour votre accueil au sein du Département de l'Isère et votre enthousiasme concernant ce projet ;

À Monsieur le Docteur Lévêque, merci de nous avoir inspirées et guidées aux prémices de ce travail ;

À Madame la Docteure Pauline Girard, tu nous as fait le plaisir d'accepter de nous accompagner tout au long de ces 2 ans. Un immense merci pour cette direction de thèse, pour ton soutien sans faille et tes conseils avisés ;

À Madame la Professeure Adeline Leclercq-Samson, sans qui nous nous serions douloureusement heurtées aux logiciels de régression logistique. Merci pour ton incroyable disponibilité et ta pédagogie dès l'esquisse du travail. Nous tenons aussi à remercier Charafa Elhassani qui a su débrouiller le premier travail statistique ;

À Madame Corinne Serve, merci pour votre accueil et votre réactivité. Merci d'avoir su mettre en place la logistique nécessaire à notre travail ;

À toutes les personnes qui nous ont ouvert leur porte au sein des services de l'ASE et de la PMI de l'agglomération grenobloise, merci. Nous pensons spécialement à Me Sylvie Lapergue, à Mr Patrick Pichot, à tous les responsables des différents SLS et aux personnes qui nous ont reçues sur place.

À Harriet Mackanic pour la traduction en anglais, thank you ;

À tous nos précieux relecteurs : André, Benoît, Sylvain, Monique, Adeline, Suzy, Eric

Remerciements de Florine :

J'adresse mes profonds remerciements aux maîtres de stages qui m'ont accompagné tout au long de ce chemin. Vous avez su me transmettre votre passion pour une médecine humaine et bienveillante. Grâce à votre accompagnement attentif j'ai pu m'épanouir dans cette voie.

Joséphine, pendant tous ces mois nous nous sommes parfaitement complétées. Malgré les moments de doute, la joie, la bonne humeur et souvent l'un ou l'autre de nos loulous nous ont accompagnés. Nous avons partagé bien plus que du travail.

Je remercie mes parents pour m'avoir fait grandir dans un climat de respect et d'harmonie. Merci pour votre soutien sans faille et confiance en moi à chaque instant.

Merci à Françoise et Michel, pour votre soutien et votre présence au quotidien.

À ma sœur et mon frère, merci de m'entourer comme vous le faites. Je suis heureuse de voir que la liberté d'esprit et l'intégrité guident vos pas. Je vous souhaite tout le bonheur du monde dans votre vie personnelle et professionnelle.

Je remercie mes grands-parents pour ces moments de bonheur partagés de mon enfance. Mamimo, merci pour l'attention que tu offres à toute notre famille. À Papi Jean, qui n'est plus là mais dont les qualités humaines restent une source d'inspiration quotidienne.

À mes amis, ceux d'ici et ceux d'ailleurs : Mélanie, Clémence, Maud, Manue, Sarah, Alexandre, Anouchka, Oumeyma, Claire, Eve, Franck...

Benoît, merci de cuisiner notre amour au quotidien en ajoutant toujours la bonne dose d'épices. Merci d'élargir mon horizon et de m'avoir donné ce que j'ai de plus précieux.

À mes enfants Hanaé et Mallory, vous aimer et prendre soin de vous est la plus belle chose que je sache faire.

Remerciements de Joséphine :

À mes maitres de stage, vous m'avez appris la médecine du terrain, la médecine pour l'autre, grâce à vous j'ai pu gagner en maturité professionnelle et humaine ;

À Florine, nos parcours étrangement similaires tant sur le plan professionnel que personnel, tu as été la meilleure co-thésarde possible, tu es devenue une amie ;

À mes co-internes, merci pour ces bons moments passés ensemble ;

À mes chers parents, pour votre amour contagieux et votre exemple dans l'expérience de la parentalité. Vous avez su me montrer un amour fort et généreux tout en me donnant les clés de l'autonomie ;

À mon frère, toi qui me précèdes dans l'exercice médical, source d'inspiration et d'encouragement tout au long de mon parcours, à Clémence qui sait si bien t'aimer ;

À ma sœur, merci pour ta joie de vivre, ta profonde compassion, tes aller-retours sans compter ! Tu me connais trop bien, tu es une aide tellement précieuse au quotidien. Merci Daniel pour ta patience et ta compréhension ;

À Christine, qu'aurais-je fais sans tes délicieux soutiens culinaires, mais surtout sans ta présence ? Merci pour ton amour si concret, et merci Luc-Henri, car tu ne t'en es jamais plaint ;

À Manou et Mamie, mes extraordinaires grand-mères ; vous qui avez plus d'une fois craint que je ne termine jamais mes études, vous avez toujours su m'encourager ;

À Patou et Papy, pour vos exemples de vie et vos qualités humaines ;

À ma belle-famille, pour votre soutien et vos fidèles prières : mes chers beaux-parents, mes chère-s beaux-frères et belles-sœurs Daniel, Mirjam, Hélène, Asaël, Christophe et Prisca ;

À mes neveux et nièces qui je le crois font l'expérience d'une enfance heureuse : Léa, Elodie, Jean, Charline, Anna, Amélie, et ceux à venir ;

À tous mes amis, et j'en oublierai : Marie, Pauline, Bicou, Fany, Pierre, Yann, Audrey, Sonia, Harriett, Oumeyma, Claire, Clémentine, Dorine, Elke, à mes amis de l'ECE, et tant d'autres ;

A Christèle, Laurence et Stéphanie, précieuses nounous de mes enfants ;

À mes enfants, Abel et Inès dont je suis fière d'être la maman, vous m'apprenez chaque jour à mieux aimer ;

À André, mon mari, toi qui me connais si bien, tu as su m'épauler dans ce long et parfois difficile parcours d'études en me rappelant que l'essentiel dans la vie est Ailleurs.

« Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage »

Article R. 4127-43 du code de la santé publique

À nos enfants

SOMMAIRE

SOMMAIRE	13
INDEX DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES	14
GLOSSAIRE	15
RÉSUMÉ	16
ABSTRACT	17
I. INTRODUCTION	18
II. MÉTHODE	20
A. TYPE D'ÉTUDE	20
1. <i>Population étudiée</i>	20
2. <i>Stratégie d'échantillonnage</i>	20
B. MÉTHODE D'INTERVENTION	21
C. LES FACTEURS DE RISQUE	21
D. MÉTHODES STATISTIQUES	23
E. ÉTHIQUE ET CONFORMITÉ CNIL.....	23
III. RÉSULTATS	24
A. INCLUSION.....	24
B. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION.....	25
1. <i>Population totale</i>	25
a) Répartition selon l'âge et le sexe	25
b) Répartition des autres FDR	25
2. <i>Répartition des enfants selon la suite donnée à l'IP</i>	26
3. <i>Répartition des FDR dans les dossiers d'enfants avec suite</i>	27
4. <i>IP initiée par un médecin libéral</i>	27
C. STATISTIQUES ANALYTIQUES	28
1. <i>Modèle de régression logistique</i>	28
2. <i>Fiabilité du modèle statistique</i>	28
IV. DISCUSSION	29
A. FORCES ET FAIBLESSES	29
B. COMMENTAIRES À PROPOS DE CERTAINS RÉSULTATS.....	31
C. PERSPECTIVES	34
36	
CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE	37
ANNEXES	39

INDEX DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

Figure 1 : FDR de maltraitance infantile intrafamiliale mis en évidence dans la revue de la littérature du Dr Rebeyrotte ⁹	22
Figure 2 : Diagramme de flux	24
Figure 3 : Diagramme en barres de la répartition des autres FDR (effectifs).....	25
Figure 4 : Diagramme en barre des enfants exposés selon le type de violence en effectifs	26
Figure 5 : Aire sous la courbe ROC	28
Tableau 1 : tableau des FDR dans la population des enfants exposés en pourcentage	27
Tableau 2 : FDR significatifs dans le 2e modèle de régression logistique au risque $\alpha=5\%$, calcul des odds ratio (OR) et intervalles de confiance à 95% (IC95).....	28
Annexe 1 : Définitions et législation de la maltraitance infantile en France	39
Annexe 2 : Fonctionnement de la protection de l'enfance en France et en Isère	42
Annexe 3 : Schéma de Recueil, traitement, évaluation des informations préoccupantes et signalements	47
Annexe 4 : Carte des 11 SLS du TAG	48
Annexe 5 : Répartition des catégories socio-professionnelles de l'agglomération grenobloise (2013).....	49
Annexe 6 : Grille de recueil des FDR de maltraitance infantile intrafamiliale recherchés.....	50
Annexe 7 : Stratégie de classification des FDR.....	51
Annexe 8 : Contrat RGPD	54
Annexe 9 : 1er modèle de régression logistique avec 3 variables P, A et NR présentant les FDR significatifs au risque $\alpha=5\%$	55
Annexe 10 : Grade des recommandations et niveaux de preuve scientifique de l'HAS (2013).....	55

GLOSSAIRE

AED : Action Éducative à Domicile

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

AS : Action Sociale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CP : Code Pénal

CRIP : Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation départementale des IP

CSP : Catégorie socio-professionnelle

CSP : Code de la Santé Publique

CTIP : Cellule de traitement des Informations Préoccupantes

DEJS : Direction éducation, jeunesse et sports

FDR : Facteur De Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

IP : Information Préoccupante

ODAS : Observatoire national de l'action sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE).

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SLS : Service Local de Solidarité

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

TAG : Territoire de l'Agglomération Grenobloise

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familial

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien ou conflit d'intérêt relatif au sujet traité qui compromettrait l'intégrité des résultats.

FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE INTRAFAMILIALE DANS L'AGGLOMÉRATION GRENOBLOISE EN 2017 : Étude épidémiologique rétrospective dans la population d'enfants ayant bénéficié d'une évaluation médico-sociale suite à une information préoccupante.

RÉSUMÉ

Introduction : La maltraitance infantile intrafamiliale concerne 10% des enfants dans les pays développés et génère un retentissement sur la santé globale. Des facteurs de risque ont été mis en évidence par une revue de la littérature du Dr Rebeyrotte en 2016. Ce travail cherchait à connaître la fréquence de ceux-ci et si l'un ou plusieurs étaient associés à un risque avéré de danger dans la population des enfants concernés par une information préoccupante en 2017 sur le territoire de l'agglomération grenobloise.

Méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive épidémiologique multicentrique rétrospective. Le recueil a eu lieu de janvier à avril 2019 dans 6 des 11 services locaux de solidarité du territoire. Les données recherchées par la lecture des évaluations médicosociales étaient les facteurs de risques, le type de maltraitance suspectée et la suite donnée à l'information préoccupante par les services départementaux. Il était recherché une différence de la fréquence de survenue de ces facteurs selon que l'évaluation concluait à un risque de danger ou à l'absence de risque.

Résultats : Les troubles du comportement et des apprentissages (OR=4,31 ; IC95=2,04-9,66 ; $p < 0,001$), les troubles psychopathologiques des parents (OR=3,94 ; IC95=1,58-11,04 ; $p = 0,005$), les antécédents de violence dans la fratrie (OR=4,81 ; IC95=1,31-23,43 ; $p = 0,028$) et la séparation ou le divorce (OR=2,33 ; IC95=1,07-5,22 ; $p = 0,035$) étaient significativement associés à un risque de danger pour l'enfant.

Discussion : La connaissance et le repérage précoce de ces facteurs pourraient permettre une meilleure prévention primaire des maltraitances sur mineurs. La création d'un outil de dépistage semble donc nécessaire.

MOTS-CLÉS : *maltraitance infantile intrafamiliale, facteurs de risque, danger, prévention primaire*

FILIÈRE : *médecine générale*

RISK FACTORS OF INTRAFAMILIAL CHILD ABUSE IN GRENOBLE METROPOLITAN AREA IN 2017: *Retrospective epidemiological study concerning children who underwent a medico-social assessment following concerns of possible 'at-risk' status.*

ABSTRACT

Introduction: Intra-familial child abuse affects 10% of children in developed countries and has an impact on overall health. Risk factors have been identified in a literature review by Dr Rebeyrotte in 2016. This work aimed to determine the frequency of risk factors and whether or not one or more of them was linked to a proven risk of danger in the population of children who were flagged as being potentially 'at-risk' in 2017 in the Grenoble Metropolitan Area.

Method: This was a descriptive retrospective multi-centric epidemiological study. Data was gathered from January to April 2019 in 6 of the 11 local community services. The data collected from the medico-social evaluations were; risk factors, the type of abuse suspected, and the action taken by the departmental services on the case that was red-flagged. The difference in the frequency of occurrence of these factors was analysed, depending on whether the evaluation's conclusion was one of a risk of danger, or an absence thereof.

Results: Behavioural and learning difficulties (OR=4,31 ; IC95=2,04-9,66 ; $p < 0,001$), psychopathological difficulties in parents (OR=3,94 ; IC95=1,58-11,04 ; $p = 0,005$), a history of violence amongst siblings (OR=4,81 ; IC95=1,31-23,43 ; $p = 0,028$) as well as separation or divorce (OR=2,33 ; IC95=1,07-5,22 ; $p = 0,035$) were all significantly associated with a risk of danger to a child.

Discussion: Awareness and early tracking of these factors could allow for better primary prevention of abuse of minors. Development of a screening tool to help General Practitioners therefore appears necessary.

KEYWORDS: *intrafamilial child abuse, risk factors, danger, primary prevention*

SECTOR: *general practice*

I. INTRODUCTION

La maltraitance infantile a des répercussions sur la santé physique et psychique du futur adulte ainsi que de potentielles conséquences socioéconomiques¹. Les plus fréquemment admises sont l'hypertension artérielle, les douleurs chroniques, les syndromes anxiodépressifs, les conduites à risques et la répétition de la violence familiale. À l'échelle mondiale, un milliard d'enfants pourraient y être confrontés au cours d'une année². Dans les pays à haut niveau de revenus, 10% des enfants seraient maltraités³. En France, en 2016, l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) dénombrait 53 000 mineurs victimes de violences physiques et 20 000 de violences sexuelles. 67 enfants seraient décédés suite à des maltraitances au sein de la cellule familiale⁴. Ces études sont cependant limitées par la sous déclaration des faits et les difficultés de recueil.

D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1999, cinq types de maltraitances existent⁵. Ce sont les violences physiques, psychiques, sexuelles, les négligences et les exploitations commerciales. Ces dernières ne sont pas incluses dans cette recherche. Les définitions sont présentées en annexe 1. En France, la loi du 5 mars 2007 a réformé la protection de l'enfance et introduit la notion d'Information Préoccupante (IP). Elle permet d'alerter les services du département d'un danger ou d'un risque de danger concernant un enfant via la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)⁶. Elle a pour finalité l'évaluation de la situation du mineur en vue de proposer une aide adaptée. On parle aujourd'hui d'enfants « en danger ou en risque de l'être » et non plus d'enfants « maltraités » ou « victimes de mauvais traitements ». Le système d'évaluation départemental est présenté en annexes 2 et 3.

Le médecin généraliste dispose d'une place de choix dans la prévention primaire de la maltraitance infantile ainsi que dans le repérage des enfants en danger ou à risque de l'être. Cependant beaucoup de praticiens se sentent isolés face à des situations où ils suspectent des mauvais traitements. Il n'existe pas d'outil de prévention primaire. D'après l'Observatoire National de l'Action Sociale (ONAS), en 2005, seuls 5% des signalements d'enfants en danger provenaient du secteur médical⁷. Pourtant,

protéger un enfant est un acte médical et une obligation légale comme le rappelle la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son rapport sur la maltraitance infantile de 2014 actualisé en 2017⁸.

Tout enfant peut être en situation de danger ou en risque de l'être, quelles que soient ses caractéristiques personnelles, sociales ou familiales. Toutefois certains facteurs sont reconnus comme associés à un surrisque de maltraitance. Comment le médecin généraliste, placé au cœur du soin de la famille, peut-il mieux repérer ces enfants ? Ce travail s'inscrit dans la continuité d'une thèse rédigée par le Dr Sophie Rebeyrotte en 2016. Sous forme d'une revue systématique de la littérature internationale, elle a pu mettre en évidence des facteurs de risque (FDR) de maltraitance infantile intrafamiliale. Ces FDR se rapportent à l'enfant, aux parents et à l'environnement familial⁹. Ici, la recherche a permis de confronter ces FDR théoriques à la réalité du terrain de l'agglomération grenobloise. Le but était de déterminer si certains facteurs ou association de FDR étaient particulièrement liés au risque de danger pour l'enfant.

II. MÉTHODE

A. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive et analytique exposés/non exposés. Elle a été réalisée de manière multicentrique et rétrospective.

L'objectif principal était de savoir s'il existait une différence significative de la fréquence des FDR de maltraitance entre les enfants bénéficiant d'une mesure de protection suite à une IP et ceux n'ayant pas de suivi après une IP. Le critère de jugement était la mise en place d'une mesure administrative ou judiciaire suite à l'évaluation. Ces enfants étaient considérés à risque d'être maltraités et constituaient le groupe des exposés. Les enfants pour lesquels l'évaluation était classée sans suite constituaient le groupe des non exposés. L'objectif secondaire était de décrire la population des enfants pour lesquels une IP avait été traitée en 2017 sur le territoire de l'agglomération grenobloise (TAG).

1. Population étudiée

La population cible était l'ensemble des mineurs de l'agglomération grenobloise pour lesquels une évaluation médico-sociale avait été faite suite à une IP émise au cours de l'année 2017. Les dossiers inclus devaient concerner des cas de suspicion de maltraitance intrafamiliale, c'est à dire ayant lieu au sein de la famille, incluant la belle-famille et les grands-parents. Les IP devaient faire l'objet d'une évaluation avec conclusion de la CRIP.

2. Stratégie d'échantillonnage

Au vu du nombre important d'IP sur le TAG, la méthode a consisté à recueillir les données dans 6 des 11 services locaux de solidarité (SLS) du TAG (Annexe 4). Pour préserver la justesse statistique, le choix a été fait de manière représentative sur le plan socio-démographique. Une étude cartographique comparative a été réalisée entre la répartition selon les catégories socio-professionnelles d'une part et la carte du TAG du département de l'Isère d'autre part (Annexe 5). L'anonymat des SLS devait être respecté. Aussi l'ensemble des dossiers mis à disposition dans chaque SLS devait être étudié.

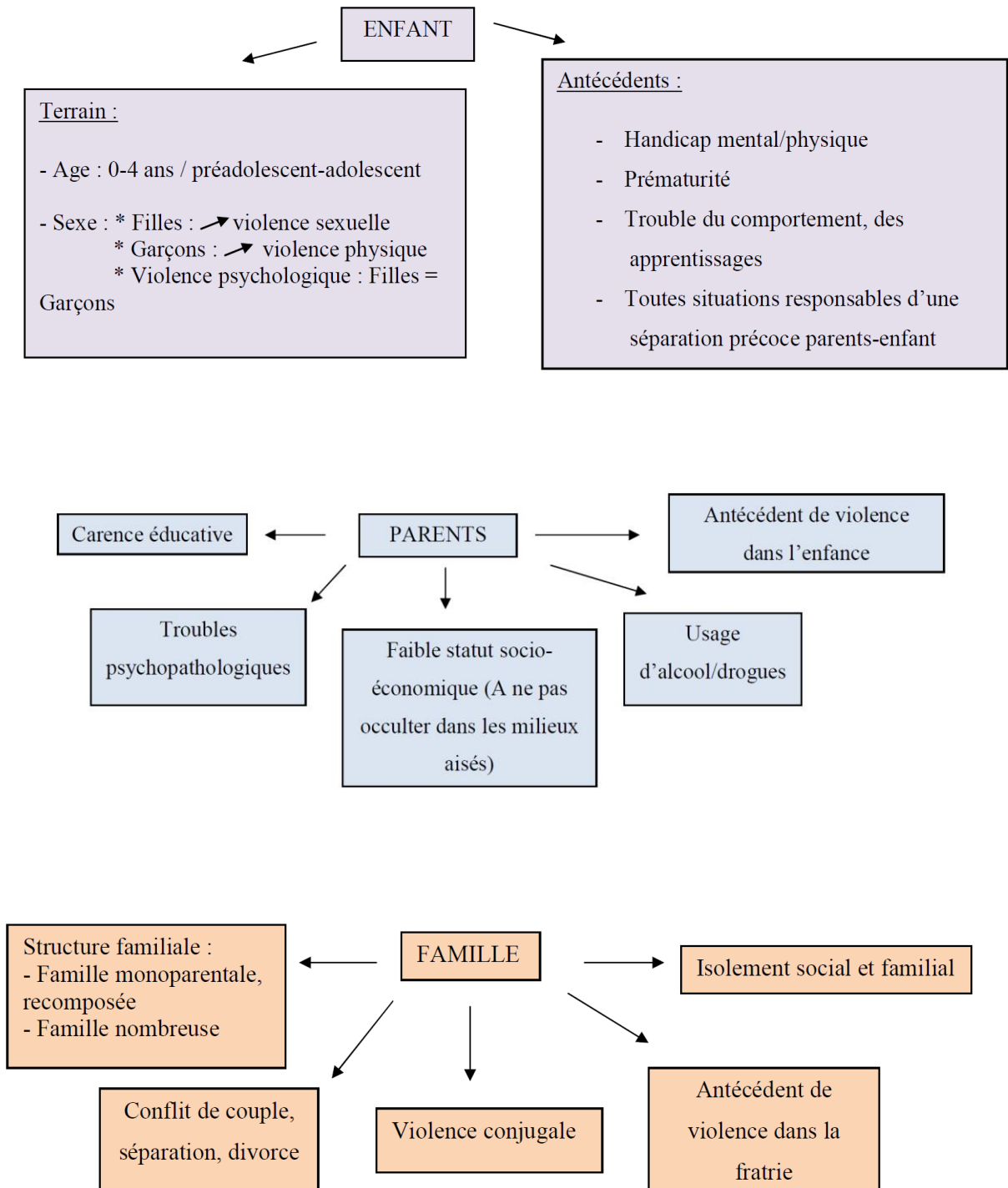
B. Méthode d'intervention

Les données recherchées étaient les FDR de maltraitance infantile intrafamiliale mis en évidence par le Dr Sophie Rebeyrotte⁹. Les comptes rendus des évaluations menées par les professionnels mandatés par la CRIP ont permis d'extraire les données. Ces FDR ont été classés dans une grille de recueil et notifiés présent (P), absent (A) ou non renseigné (NR) (Annexe 6). Un expert a révisé cette grille. Les 5 premiers dossiers ont été lus en double lecture afin de la valider. Le recueil, réalisé en binôme dans les 6 SLS sélectionnés du TAG, permettait de procéder à la lecture des évaluations. Les dossiers suivants ont été répartis de manière aléatoire. Le recueil était fait en parallèle dans la même pièce afin de permettre une concertation. Le recueil avait lieu de manière totalement anonyme. Il a été décidé de relever si les IP étaient émises par un médecin libéral.

C. Les facteurs de risque

Les données recherchées bénéficiaient pour la plupart de définitions officielles (OMS, HAS ou autre référentiel reconnu). D'autres laissaient une part à la subjectivité des évaluateurs, qui étaient formés en ce sens¹⁰. La stratégie de classification utilisée est présentée en annexe 7.

Figure 1 : FDR de maltraitance infantile intrafamiliale mis en évidence dans la revue de la littérature du Dr Rebeyrotte⁹



D. Méthodes statistiques

Une analyse descriptive a été effectuée en première approche grâce au logiciel R, version 1.2.1335 avec calcul des effectifs et pourcentages dans la population totale et la population d'enfants exposés. Pour les statistiques analytiques, le modèle choisi était une régression logistique avec un test de Wald. Il permettait de relier une variable binaire (Suite/Sans suite) à des variables explicatives. Les FDR qui n'étaient pas significativement liés à la variable Suite/Sans Suite étaient éliminés les uns après les autres à l'aide de la méthode de sélection de variables descendantes. Le résultat final était un modèle ne contenant que les FDR significatifs avec calcul de l'odds ratio (OR), de l'intervalle de confiance à 95% (IC95), et de la significativité (p-value). Le seuil de significativité était fixé à 0,05. Le modèle statistique était ensuite validé par le calcul d'une courbe ROC de sensibilité et spécificité avec l'aire sous la courbe (AUC). L'AUC devait être supérieure à 0,7 pour un modèle fiable.

E. Éthique et conformité CNIL

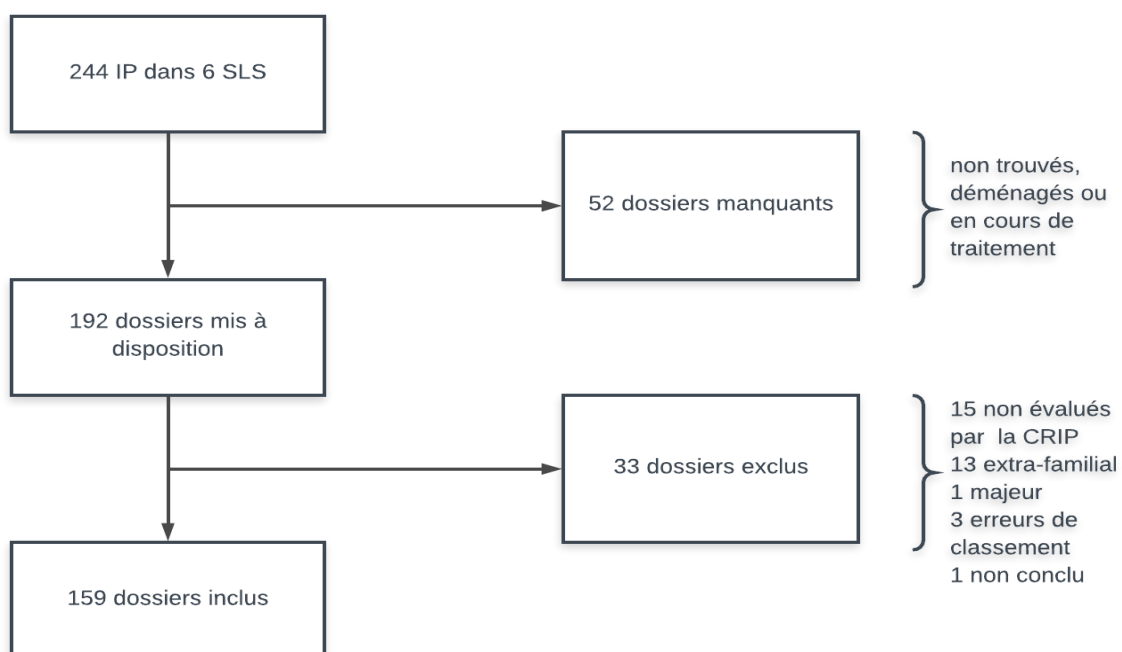
L'étude s'est déroulée conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Un contrat conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) européen a été signé entre le responsable délégué à la protection des données du département de l'Isère et la directrice de thèse (Annexe 8).

III. RÉSULTATS

A. Inclusion

Le recueil des données a eu lieu de janvier à avril 2019 dans les 6 SLS du TAG sélectionnés. 244 dossiers d'IP ont été comptabilisés. Au total, 159 dossiers ont été inclus (figure 2).

Figure 2 : Diagramme de flux



B. Analyse descriptive de la population

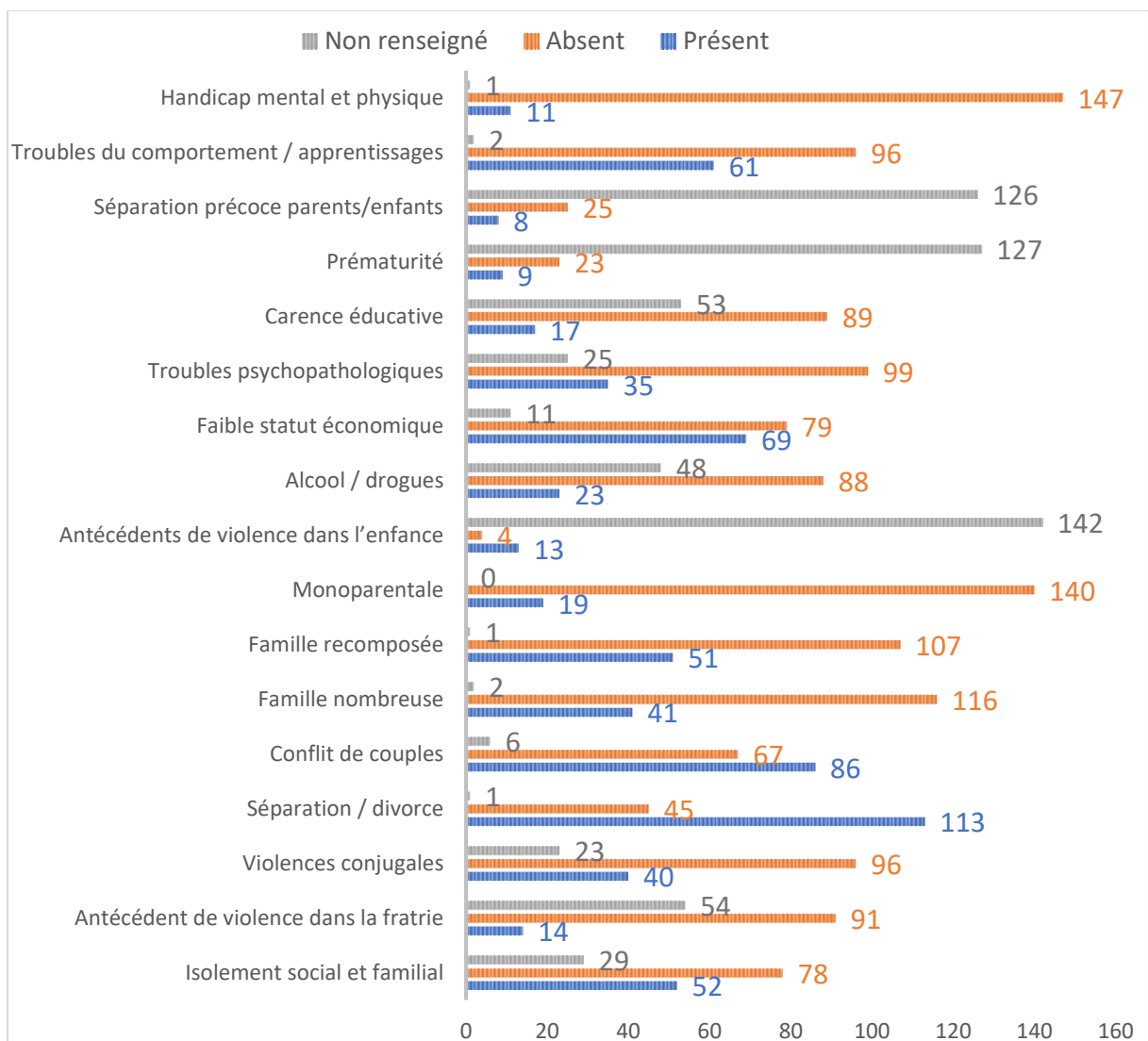
1. Population totale

a) Répartition selon l'âge et le sexe

La cohorte était constituée de 91 garçons et 68 filles. On comptait 68 adolescents, 58 enfants de 4 à 10 ans et 33 enfants de moins de 4 ans.

b) Répartition des autres FDR

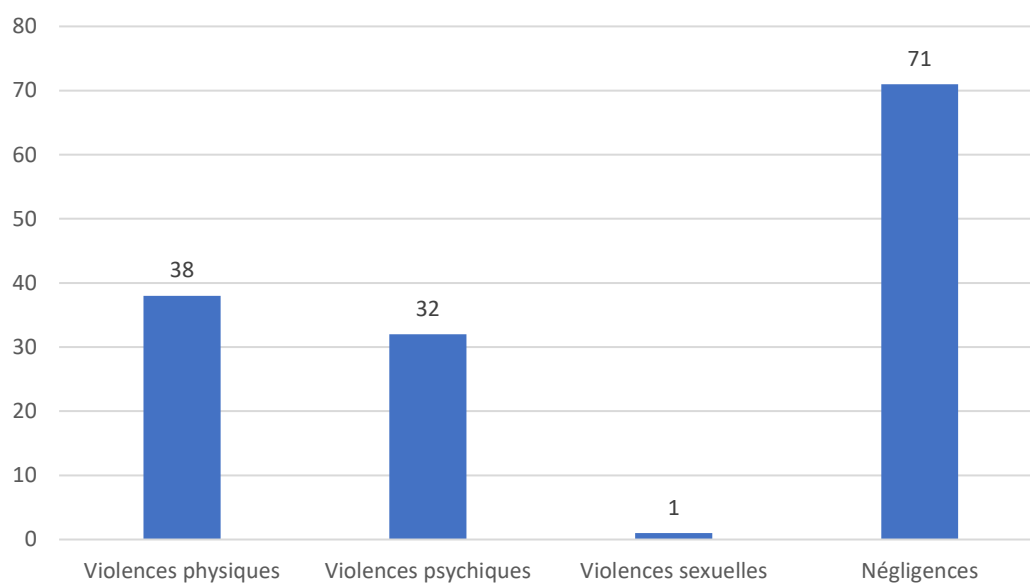
Figure 3 : Diagramme en barres de la répartition des autres FDR (effectifs)



2. Répartition des enfants selon la suite donnée à l'IP

59,12% des dossiers ont eu une suite judiciaire ou administrative. 40,88% des IP n'ont pas été suivies de mesures. Parmi les enfants exposés, 34,04% ont bénéficié de mesures administratives, 65,96% de mesures judiciaires.

Figure 4 : Diagramme en barre des enfants exposés selon le type de violence en effectifs



28 dossiers concernaient deux types de violences et 8 dossiers trois types de violences simultanées.

3. Répartition des FDR dans les dossiers d'enfants avec suite

Tableau 1 : tableau des FDR dans la population des enfants exposés en pourcentage

	Présent	Absent	Non renseigné
FDR concernant l'enfant			
Sexe			
<i>Féminin</i>	40,43%	59,57%	0%
<i>Masculin</i>	59,57%	40,43%	0%
Age			
<i>0-4 ans</i>	14,89%	85,11%	0%
<i>4-10 ans</i>	37,23%	62,77%	0%
<i>Adolescent (>10 ans)</i>	47,87%	52,13%	0%
Handicap mental et physique	10,64%	88,30%	1,06%
Troubles du comportement et des apprentissages	50%	48,94%	1,06%
Séparation précoce parents - enfants	7,45%	15,96%	76,60%
Prématurité	5,32%	14,89%	79,79%
FDR concernant les parents			
Carence éducative	14,89%	52,13%	32,98%
Troubles psychopathologiques	29,79%	51,06%	19,15%
Faible statut économique	52,13%	40,43%	7,45%
Alcool / drogues	13,83%	46,81%	39,36%
Antécédents de violence dans l'enfance	11,70%	3,19%	85,11%
FDR concernant la famille			
Monoparentale	15,96%	84,04%	0%
Recomposée	35,11%	63,83%	1,06%
Nombreuse	29,79%	69,15%	1,06%
Conflit de couples	56,38%	39,36%	4,26%
Séparation / divorce	75,53%	23,40%	1,06%
Violences conjugales	26,60%	55,32%	18,09%
Antécédent de violence dans la fratrie	11,70%	47,87%	40,43%
Isolement social et familial	15,92%	15,94%	15,96%

4. IP initiée par un médecin libéral

Une IP a été transmise par un médecin généraliste.

C. Statistiques analytiques

1. Modèle de régression logistique

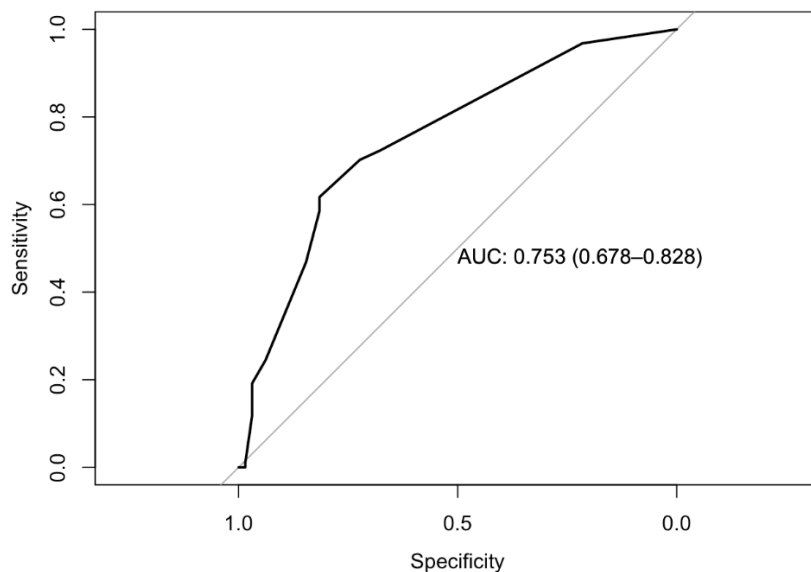
Deux modèles ont été réalisés. Le premier modèle incluait les variables avec les modalités présent (P), absent (A) et non renseigné (NR) (Annexe 9). Deux effets par variable ont donc été estimés. Tous les effets NR versus A étaient non significatifs et non exploitables en pratique. Le choix de regrouper les modalités NR et A était justifié. Un deuxième modèle était réalisé avec pour chaque variable deux modalités seulement (A et P). Les deux modèles aboutissaient aux mêmes FDR significatifs. Il était donc raisonnable de garder le deuxième modèle pour une meilleure lisibilité.

Tableau 2 : FDR significatifs dans le 2e modèle de régression logistique au risque $\alpha=5\%$, calcul des odds ratio (OR) et intervalles de confiance à 95% (IC95)

	OR	IC 95%	p-value
Troubles du comportement et des apprentissages	4,31	2,04-9,66	<0,001
Troubles psychopathologiques des parents	3,94	1,58-11,04	0,005
Antécédent de violence dans la fratrie	4,81	1,31-23,43	0,028
Séparation / divorce	2,33	1,07-5,22	0,035

2. Fiabilité du modèle statistique

Figure 5 : Aire sous la courbe ROC



IV. Discussion

A. Forces et faiblesses

Parmi les 19 facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale mis en évidence en 2016, 4 sont ici significativement associés à la mise en place de mesures administratives ou judiciaires suite à une IP, donc à un risque avéré de danger pour l'enfant. Concernant l'enfant il s'agit des troubles du comportement ou des apprentissages. Concernant les parents ce sont les troubles psychopathologiques. Concernant la famille ce sont les antécédents de violence dans la fratrie, une séparation ou un divorce. Ces résultats sont fortement significatifs. Leurs OR et IC sont élevés, la p-value est très largement inférieure à 5%. De plus, dans le second modèle de régression logistique, les quatre FDR restent significatifs alors même que l'exposition est diminuée. Cela confirme la robustesse de l'étude. Il est à noter que, compte tenu de la multiplication des OR, c'est l'association de ces facteurs, plus que la présence isolée d'un seul qui est à prendre en compte comme signal d'alerte. Par ailleurs, l'aire sous la courbe ROC est de 0,75, ce qui confirme la fiabilité du modèle statistique utilisé.

La population d'enfants choisie pour cette étude était celle pour laquelle une IP avait été émise en 2017. Il ne s'agissait donc pas de la population générale. Ce choix a dû être fait pour des raisons de faisabilité. En effet, pour constituer une cohorte d'enfants dont les maltraitances étaient avérées il aurait fallu avoir accès aux dossiers judiciaires prouvant les faits. Cela n'a pas été possible. De plus, constituer une population témoin d'enfants non maltraités n'était éthiquement et concrètement pas envisageable. Il existait donc un biais de sélection lié à la méthode d'inclusion. Ce choix permettait malgré tout de comparer deux populations d'enfants ayant eu une évaluation médicosociale dont les conclusions différaient.

Dans cette recherche, un enfant était considéré en danger ou en risque de l'être si l'IP était suivie d'une mesure administrative ou judiciaire. À l'inverse, un enfant pour lequel l'IP était classée sans suite était considéré non à risque de maltraitance. Cette distinction repose sur la conclusion des services de la protection de l'enfance de

l'Isère. C'est l'aboutissement d'un long processus d'évaluation dont les modalités sont clairement définies. Il existe des référentiels précis et les évaluateurs sont formés. L'évaluation en binôme permet de limiter la subjectivité des évaluateurs. La décision de la suite donnée est prise par la CRIP à la fin de ce processus qui peut durer plusieurs mois. On peut donc présumer de son bien-fondé. Cependant, il n'est pas à exclure qu'un enfant ayant vu son évaluation classée sans suite soit malgré tout en situation de danger. En témoignent quelques dossiers d'enfants pour lesquels une nouvelle IP avait été émise alors qu'une précédente concluait à l'absence de danger.

Un certain nombre de dossiers n'ont pas pu être inclus du fait de leur absence dans les locaux (déménagement de la famille, évaluation en cours, dossiers non trouvés, etc.). Cela n'a pas permis une exhaustivité totale du recueil. Par ailleurs, il est à noter que dans 17 cas, les parents avaient refusé de coopérer. L'évaluation était alors moins informative.

La base de données n'était pas initialement prévue pour cette recherche. Ceci diminue la force de l'étude. Certains FDR n'étaient donc pas systématiquement recherchés par les évaluateurs. Par exemple les antécédents de violence dans l'enfance des parents n'ont été retrouvés que dans 17 évaluations parmi les 159.

Les territoires ruraux ou de montagne n'étaient pas représentés dans l'étude. Cependant, le lieu de vie ne faisant pas partie des FDR connus de maltraitance infantile intrafamiliale, on peut supposer que cela n'a pas d'incidence sur la validité des résultats. Sur le plan démographique, bien que le recueil ait été réalisé sur un territoire restreint, l'agglomération grenobloise montre des caractéristiques semblables à celles d'une ville française moyenne¹¹.

Les FDR sont tirés d'une revue de la littérature étudiant plusieurs métaanalyses. Ils ont été regroupés en 19 thématiques. On peut néanmoins supposer que d'autres FDR existent. Les disparités importantes sur le statut de l'enfant dans le monde ne permettent d'extrapoler les résultats que dans des pays similaires sur le plan socio-culturel et économique.

D'après le tableau des grades de recommandations et niveau de preuve de l'HAS¹² (Annexe 10), cette étude est de grade C niveau 4. Elle présente des résultats très significatifs malgré les biais énoncés. Il semble donc important pour les professionnels de santé de premiers recours que sont les médecins généralistes d'être vigilants face à un enfant présentant plusieurs de ces FDR.

B. Commentaires à propos de certains résultats

La population d'enfants concernés par une évaluation médicosociale en 2017 était constituée par une majorité de garçons. Le sexe et l'âge de l'enfant constituent des facteurs de risque de maltraitance en fonction du type de violence. Ainsi, les garçons sont majoritairement victimes de violences physiques telles que le syndrome du bébé secoué. Les violences sexuelles concernent principalement des filles. Les violences psychologiques concernent les deux sexes à parts égales⁹.

La tranche d'âge la plus représentée était celle des adolescents. Dans la littérature, il est retrouvé que ce sont les enfants les plus jeunes (0-4) qui sont les plus en danger⁹. Concernant les adolescents, dès 2006, l'ODAS constatait une augmentation des signalements les concernant¹³.

Seul un dossier concernait une suspicion de violence sexuelle. Cela met en exergue les difficultés de repérage spécifiquement associées à ce type de maltraitance¹⁴.

Les troubles du comportement et des apprentissages sont retrouvés significativement associés à un risque avéré de maltraitance. Cela est d'autant plus remarquable que l'OR est élevé à 4,31 et la p-value très faible. C'est d'ailleurs le facteur qui ressort le plus significativement dans ce travail. Cependant, cette recherche ne peut pas déterminer s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence. Une étude de 2011 fait le lien entre un maintien à domicile dans une famille dysfonctionnelle et l'apparition de troubles graves du développement et de la personnalité¹⁵.

Les troubles psychopathologiques des parents ressortent de manière très significative dans cette recherche avec un OR proche de 4 et une p value à 0,005. Ce facteur était classé 4e le plus important en terme de fréquence des facteurs à

l'origine du danger relevés dans les IP d'une étude de l'ODAS en 2007¹⁶. Il s'agit surtout de troubles psychologiques communs tels que l'immaturation, la dépendance à l'autre, le repli sur soi, la dévalorisation de l'image de soi, l'inaffectivité⁹. Il paraît donc indispensable pour le médecin généraliste de savoir repérer ces situations dès l'ébauche du projet de grossesse par les futurs parents.

Les antécédents de violence dans la fratrie sont significativement associés à un risque avéré de maltraitance. La borne supérieure de l'IC est remarquablement élevée à plus de 23 ce qui tend à confirmer ce résultat. Cela étaye l'intérêt de la réforme nationale de 2016 qui stipule que lorsqu'une IP est enregistrée, l'ensemble de la fratrie doit être évalué. Cette réforme a de fait été à l'origine d'une augmentation importante du nombre d'évaluations. Par ailleurs, cela valide l'existence de FDR de maltraitance propres aux parents et à la famille, indépendamment des caractéristiques liées à l'enfant.

On constate la présence importante des conflits de couple dans ces dossiers et dans une moindre mesure celle des violences conjugales. La séparation et le divorce, qui en sont des conséquences, apparaissent significatifs. C'est une tendance en augmentation sur les dernières années. Cela génère un climat d'insécurité pour l'enfant qui se retrouve souvent instrumentalisé par l'adulte. C'est la notion d'enfant co-victime¹⁷. Il est d'ailleurs important de notifier que dans des cas de parents séparés, l'IP est parfois initiée par l'un des deux parents dans le seul but de causer du tort à l'autre. Ce phénomène pourrait être responsable d'une hyper représentation de ce facteur dans les dossiers.

La séparation précoce entre l'enfant et ses parents ainsi que la prématurité sont des FDR peu recherchés lors des évaluations médico-sociales. Pourtant, ceux-ci peuvent entraîner des troubles de l'attachement très délétères pour l'enfant¹⁸. D'autres situations telles qu'une grossesse non désirée peuvent en être responsables et doivent conduire à la vigilance du praticien.

On remarque que le faible statut socio-économique n'est pas significativement associé au risque avéré de maltraitance. Cela est concordant avec le rapport du

comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants de 2014 qui insiste sur le fait que l'enfant peut être en situation de danger quel que soit son milieu¹⁸.

La maltraitance subie dans l'enfance est malheureusement connue pour être associée au risque de maltraiter ses propres enfants¹. Cette conséquence parfois appelée « transmission transgénérationnelle » confirme l'importance de la prévention primaire. En effet, la construction d'une personnalité solide rendant apte à la parentalité est fondamentale mais très difficile lorsqu'un adulte a lui-même été exposé à la violence infantile. Ainsi, les travaux d'Alice Miller relatent ce phénomène tragique de répétition de la violence par des parents dont les propres blessures ont été refoulées¹⁹. Ce facteur est très peu renseigné dans ce travail. Il apparaît important de rechercher des antécédents de maltraitance infantiles lors des évaluations mais aussi dans les consultations pour mieux accompagner la parentalité. Une question ouverte lors d'une consultation médicale péri-conceptionnelle serait intéressante à considérer. Il serait utile de proposer à ces futurs parents un suivi personnalisé et des psychothérapies spécifiques pour une meilleure résilience.

Une IP seulement avait été transmise par un médecin libéral. Sachant que la maltraitance concerne 10% des enfants dans les pays développés, cela concorde avec le fait que trop peu d'IP proviennent de ces professionnels⁷. Des études récentes par entretiens individuels avec des médecins généralistes de l'Ain²⁰ et de l'Ardèche²¹, révèlent les freins à cette déclaration. En premier lieu, il s'agit d'une méconnaissance du fonctionnement de la protection de l'enfance ainsi que la crainte de répercussions judiciaires pour l'enfant et sa famille, poussant le praticien à attendre des preuves concrètes. Les médecins redoutent de se tromper et de signaler à tort. Il peut exister également des freins psychologiques, tels que le déni ou l'identification du praticien aux parents. Une meilleure connaissance des structures de protection de l'enfance et une communication accrue entre ces différents acteurs seraient certainement bénéfiques.

C. Perspectives

Une recherche similaire pourrait être réalisée dans d'autres localités avec une temporalité plus large. L'idéal serait de pouvoir constituer une cohorte d'enfants sur lesquels les faits de maltraitances sont avérés. Il faudrait pour cela la collaboration des services judiciaires. Une étude prospective permettrait de limiter le nombre d'occurrences non renseignées et d'augmenter la puissance statistique. Les évaluateurs seraient formés à rechercher systématiquement l'ensemble des FDR.

Dans un but de prévention primaire un travail d'élaboration d'un score de repérage d'une situation à risque de maltraitance infantile est attendu. Le processus de pondération des FDR pourrait se baser entre autres sur les résultats de cette recherche.

Sur le plan national, les autorités proposent régulièrement de nouvelles stratégies de lutte contre les violences sur mineurs. Ainsi, le plan périnatalité 2005/2007 insistait sur le rôle essentiel d'un soutien à la parentalité dès la période prénatale avec la création d'un entretien prénatal précoce au 4^{ème} mois de grossesse et des cours de préparation à la naissance pris en charge à 100%. Plus récemment, le gouvernement a élaboré un plan 2017-2019 interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants. Obtenir des données annuelles chiffrées fiables et complètes et sensibiliser l'opinion publique font partie des objectifs de ce plan. De même, la présence dans chaque hôpital d'un médecin référent chargé d'orienter et de former est exigée. On peut également citer la loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 qui entérine que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ».

Sur le plan individuel, le médecin traitant repérant un enfant à risque de danger pourrait mettre en place des actions simples. Les services départementaux de PMI jouant un rôle préventif majeur, mieux connaître leur travail et savoir y faire appel semble en être une des clés. En effet, la pluridisciplinarité des professionnels y travaillant et leur organisation en secteur au plus près des familles en font une ressource à privilégier. Par ailleurs, un accompagnement à la parentalité pourrait être proposé par le biais des lieux d'accueil parents/enfants ou lors de consultations

spécifiques et régulières. Le médecin généraliste a un rôle primordial dès l'évocation du projet de grossesse par les futurs parents, tout comme dans les premières années de vie de l'enfant.

THÈSE SOUTENUE PAR : Florine GROB et Joséphine HIRSCHLER née BERTRAND

TITRE : FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE INTRAFAMILIALE DANS L'AGGLOMERATION GRENOBLOISE EN 2017 : Étude épidémiologique rétrospective dans la population d'enfants ayant bénéficié d'une évaluation médico-sociale suite à une information préoccupante.

CONCLUSION

Ce travail cherchait à connaître la fréquence des facteurs de risque (FDR) de maltraitance infantile intrafamiliale et le risque lié à la combinaison de certains d'entre eux dans la population des enfants concernés par une information préoccupante (IP) en 2017 sur le territoire de l'agglomération grenobloise. Pour cela, les FDR mis en évidence par la revue de la littérature du Dr Rebeyrotte en 2016 ont été utilisés.

Sur le plan descriptif, les FDR les plus fréquemment retrouvés sur l'ensemble de la cohorte étaient la séparation ou le divorce, les conflits de couples, le faible statut socio-économique, les troubles du comportement et des apprentissages et l'isolement social et familial. Sur le plan analytique, les troubles du comportement et des apprentissages (OR=4,31 ; IC95=2,04-9,66 ; $p < 0,001$), les troubles psychopathologiques des parents (OR=3,94 ; IC95=1,58-11,04 ; $p = 0,005$), les antécédents de violence dans la fratrie (OR=4,81 ; IC95=1,31-23,43 ; $p = 0,028$) et la séparation ou le divorce (OR=2,33 ; IC95=1,07-5,22 ; $p = 0,035$) étaient significativement associés à un risque avéré de danger pour l'enfant.

Cette étude de grade C n'a pas été réalisée dans la population générale. Cependant, les résultats sont fortement significatifs avec des p-values faibles et des OR élevés. Il semble donc important pour les professionnels de premier recours que sont les médecins généralistes d'être vigilants face à un enfant présentant plusieurs de ces facteurs de risques. Les résultats obtenus vont aider à la création d'un outil de prévention primaire dans un but de repérage précoce des situations où l'enfant est en risque de danger, afin de proposer des actions de prévention.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Grenoble, le 16/10/19

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

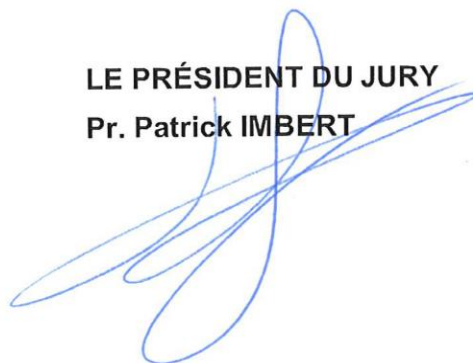


Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. Patrick IMBERT



BIBLIOGRAPHIE

1. Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. Doc Fr « Rev Fr Aff Soc ». 2013;32 à 50.
2. Organisation Mondiale de la Santé. INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants. [Internet]. OMS; 2017 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/fr/
3. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet Lond Engl. 3 janv 2009;373(9657):68-81.
4. Observatoire National de la Protection de l'enfance. Chiffres clés en protection de l'enfance [Internet]. 2018 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_janvier_2018.pdf
5. 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 (Suisse): OMS; 2006.
6. Code de l'action sociale et des familles - Article R226-2-2. Légifrance.
7. Union Régionale des Professionnels de Santé de Provence Alpes Côte d'Azur. Guide destiné aux médecins libéraux face à l'enfant en danger ou en risque de danger. 2017.
8. Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. [Internet]. HAS; 2014 oct [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
9. Rebeyrotte S. Identification des situations à risques de maltraitance infantile intrafamiliale chez le mineur à partir d'une revue systématique de la littérature. Outil de repérage rapide à destination du médecin généraliste. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en médecine]. [Strasbourg]: Strasbourg; 2016.
10. Direction Éducation Jeunesse et Sport (DEJS). Guide de procédure du traitement des informations préoccupantes. Département de l'Isère; 2018.
11. Grenoble Alpes Métropole. BARO'METROPOLE : analyse comparée des situations métropolitaines 2017. 2017.
12. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

13. Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance. Rapport annuel 2017. Département de l'Isère, Direction Education Jeunesse et Sports; 2017.
14. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. [Internet]. 2011 [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/maltraitance_sexuelle_recommandations_2011-06-30_11-12-0_519.pdf
15. Rousseau D, Duverger P. L'hospitalisme à domicile. *Enfances Psy.* 2011;50(1):127.
16. Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS). Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs [Internet]. 2007 [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf
17. Corbet E. Maltraitances en 2013 : comprendre les évolutions pour mieux y répondre. Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s) [Internet]. Observatoire National de la Protection de l'Enfance; 2015 déc [cité 9 mai 2019] p. 272. Disponible sur: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/creai_ra_rapport_etude_onpe_decembre.pdf
18. Tursz A. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels [Internet]. 2014 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_MaltraitanceEnfants_RapportComplet_2014.pdf
19. Miller A. Ta vie sauvée enfin. Flammarion; 2008. 321 p.
20. Ogier D. Médecins généralistes et protection de l'enfance: « Ecouter, observer, s'interroger, agir. » [Thèse d'exercice en médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
21. Renzi. Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale: les freins au dépistage, les aides possibles. Etude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme-Ardèche. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.

ANNEXES

Annexe 1 : Définitions et législation de la maltraitance infantile en France

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la maltraitance en 1999 comme « toutes les formes de mauvais traitements physiques, psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance, ou de pouvoir »¹.

Il existe 5 types de maltraitance : physiques, sexuelles, psychologiques, négligences et exploitations commerciales (non commentées dans cette étude). Ces actes sont répréhensibles par la loi pénale française.

Violences physiques :

La violence physique est l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne (ou risque fortement d'entraîner) un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner, faire suffoquer².

D'après les articles 222-1 à 17 du code pénal, est définie comme violence physique tout acte, prémédité ou non, ayant entraîné des blessures ou la mort d'un individu.

Violences sexuelles :

Il s'agit de la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas en mesure de comprendre ou de consentir, ou qui transgresse la loi. Elles comprennent les viols, incestes, attentats à la pudeur, la prostitution infantile et la pédopornographie².

La loi pénale française distingue les agressions sexuelles (viol et agression sexuelle autre que le viol), les atteintes sexuelles et la corruption de mineurs.

¹ Organisation Mondiale de la Santé. 2017. *Inspire, sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*

² *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. Genève (Suisse). Organisation Mondiale de la Santé ; 2007.

Selon l'article 222-22 du Code Pénal (CP), constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol consiste en la pénétration sexuelle de quelque nature qu'elle soit (article 222-23). Les autres agressions sont sans pénétration (attouchement, masturbations, etc).

Selon l'article 227 du CP, les atteintes sexuelles regroupent toutes formes d'atteinte sexuelle exercées sans contrainte, violence, menace ou surprise par un majeur sur un mineur. Selon ce même code, la corruption de mineurs regroupe les actes obscènes effectués devant mineurs ou le fait d'exposer celui-ci à la vue d'une relation sexuelle (revue, films pornographiques, etc.).

Violences psychologiques :

Ce sont à la fois le fait des incidents isolés et l'échec de l'une des personnes s'occupant de l'enfant à lui fournir un environnement qui soit approprié et favorable à son développement. Ces faits risquent d'entraîner des préjudices sur la santé mentale, le développement physique, mental, moral ou social de l'enfant. On considère comme violences psychologiques le rejet, la dévalorisation, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants. Mais également la terreur, l'isolement physique et/ou social, l'exploitation ou la corruption, le refus de réponse affective. Les violences conjugales et intra familiales ainsi que le syndrome de Münchhausen par procuration en font également partie².

Selon l'article 227-17 du code pénal, le fait, par le père ou la mère, de se soustraire, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de son enfant mineur constitue une violence.

Négligences :

Elles concernent, de la part de l'un des parents ou d'un membre de la famille, la carence volontaire ou involontaire des soins qui permettent habituellement de subvenir au développement et au bien-être de l'enfant dans les domaines de la santé, de l'éducation, du développement affectif, de la nutrition, de la sécurité.

Certaines définitions distinguent les négligences légères des négligences graves mais ne sont pas consensuelles².

Le code pénal français dans l'article 227-15 parle du fait, par un ascendant ou toute autre personne exerçant à son égard l'autorité parentale ou ayant autorité sur un mineur de moins de quinze ans, de priver celui-ci d'aliments ou de soins au point de

compromettre sa santé.

La littérature actuelle tend à inclure une nouvelle catégorie de violence. CREAL, Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)³. On parle d'enfants co-victimes de violence dans le cas des enfants exposés à la violence de proches, notamment des mères victimes de violence conjugale. Il s'agit ici de reconnaître l'impact d'une violence qui ne le touche pas et ne lui est pas adressée, mais qui implique des adultes dont il dépend. L'article 378.1 du code civil prévoit le retrait de l'autorité parentale en dehors de toute condamnation pénale.

³ *Rapport ONPE 2015 ; Maltraitances : comprendre les évolutions pour mieux y répondre.*

Annexe 2 : Fonctionnement de la protection de l'enfance en France et en Isère

La protection de l'enfance est définie par l'article L112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). Elle vise à « garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits » Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance⁴.

La loi n° 2007- 293 du CASF du 5 mars 2007 a réformé la protection de l'enfance en France. On parle aujourd'hui d'enfants « en danger ou en risque de l'être » et non plus d'enfants « maltraités » ou « victimes de mauvais traitements ». Cette loi a également permis de mettre en place une conduite à tenir en cas de suspicion d'enfant en danger⁴.

Le signalement :

C'est un terme réservé à la saisie du Procureur de la République dans le cas de maltraitance sur mineur avec danger immédiat ou infraction pénale caractérisée. Il est en général effectué par une institution : service de l'ASE dans la majorité des cas, police ou gendarmerie, éducation nationale ou milieu médical. Dans 11% des cas il est initié directement par le mineur lui-même ou sa famille via le juge des enfants⁵. La loi autorise la levée du secret professionnel tel que prévu dans les articles 226-14 et 226-13 du code pénal. De même, l'article 44 du code de déontologie médicale correspondant à l'article R. 4127-44 du code de la santé publique stipule que le médecin doit mettre en œuvre les moyens adéquats pour protéger une personne victime de sévices ou de privations. Lorsqu'il s'agit d'un mineur il doit en alerter les autorités judiciaires ou administratives.

Les suites d'un signalement sont diverses. Il peut donner lieu à une action pénale afin de mettre en évidence l'infraction par des investigations judiciaires. Une action civile se fait en parallèle par saisine du juge pour enfants afin de mettre en place une mesure de protection. Le signalement peut également être transmis aux services sociaux pour évaluation ou être classé sans suite.

En 2014, 85 905 signalements ont été effectués au niveau national⁵.

⁴ *Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance. Rapport annuel 2017. Département de l'Isère, Direction Education Jeunesse et Sports*

⁵ *Références statistiques justice. Justice des mineurs, les mineurs en danger 2014*

L'Information préoccupante (IP) :

La notion d'information préoccupante introduite en 2007 a été définie par le décret n° 2013-994 du 13 novembre 2013 du CASF. D'après l'article R226-2-2 du CASF, «l'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil départemental 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 est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier ». L'IP est donc avant tout une alerte concernant un mineur, permettant d'évaluer et de déterminer la nécessité d'une intervention. L'évaluation est menée sous la direction de l'ASE.

Une IP peut être transmise par tout citoyen, qu'il soit professionnel de l'enfance ou non. Elle peut provenir d'un particulier (de manière anonyme s'il le souhaite), d'un professionnel médico-social (enseignant, travailleur social, médecin, professionnel à l'hôpital, assistants sociaux, etc.), d'une autorité judiciaire, du réacheminement d'un signalement judiciaire direct ou de l'enfant lui-même. Elle peut être transmise par appel du Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED) via le numéro 119, courriel ou courrier à l'attention d'un service de PMI. L'IP est ensuite transmise à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) du département concerné pour être traitée⁴.

En France, l'ONPE a comptabilisé 13 985 IP en 2014. Ces IP concernaient 25 729 enfants. En effet, la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant stipule que, lorsqu'une IP est reçue pour un enfant, la situation de chacun des enfants résidant au domicile de la famille doit être évaluée⁶. Au niveau national comme au niveau départemental ces chiffres sont en constante augmentation. En Isère, la proportion d'enfants concernés par une IP est passée de 0.8% entre 2013 et 2016 à 1% en 2017. Sur l'agglomération grenobloise, le nombre d'enfants concernés par une IP est passé de 872 en 2016 à 1133 en 2017 (+30%)⁴.

⁶ *Observatoire National de la Protection de l'enfance. Chiffres clés en protection de l'enfance 2018*

Organisation dans le département de l'Isère et l'agglomération grenobloise :

La loi du 5 mars 2007 positionne les départements comme chefs de file de la protection de l'enfance. Ils sont responsables de l'organisation et du financement de trois services. La Protection Maternelle et Infantile (PMI) propose le suivi et l'accompagnement des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans. Elle s'occupe également des agréments des assistants maternels et des assistants familiaux. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) s'occupe du traitement des informations préoccupantes et de la mise en place des mesures décidées par la justice ainsi que des placements. Enfin, l'Action Sociale (AS) gère les prises en charge financières à destination des personnes en situation de précarité.

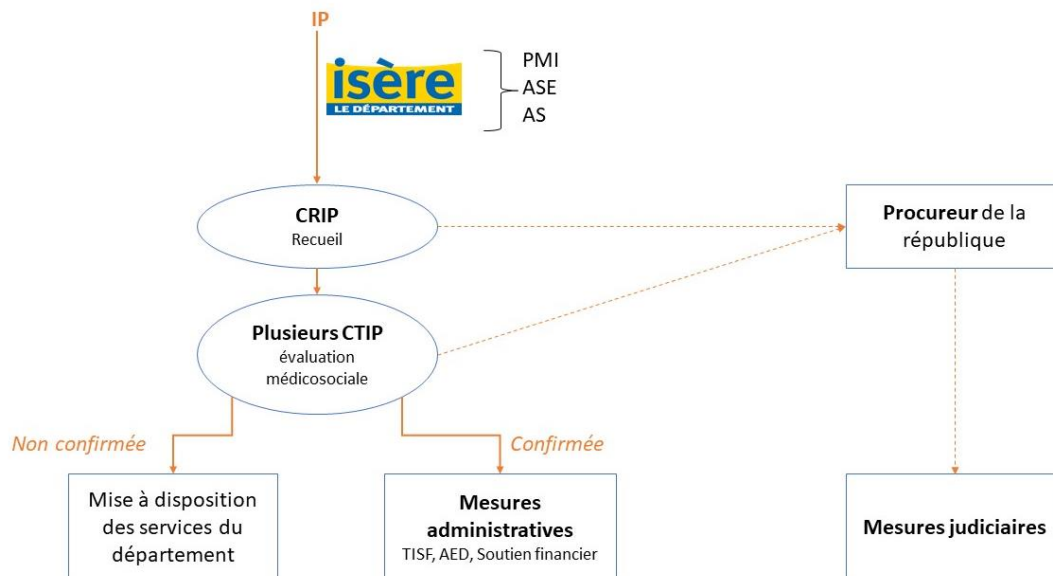
Il existe en Isère, comme dans chaque département, une Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). Le département de l'Isère est découpé en 13 territoires distincts disposants chacun de cellules territoriales d'IP (CTIP). La CRIP, après avoir recueilli les IP, les transmet aux CTIP. Le territoire de l'agglomération grenobloise (TAG) est lui-même découpé en 11 Services Locaux de Solidarité (SLS) (Annexe 4). Chaque SLS dispose de ses propres ressources pour mener les évaluations des IP provenant du territoire dont il s'occupe.

La CTIP mène une première évaluation collégiale de l'IP, afin de définir si celle-ci est fondée ou non fondée. Si l'IP est fondée, une évaluation sociale et médico-sociale pluridisciplinaire de l'enfant et de sa famille est menée. Cette évaluation consiste en des entretiens avec l'enfant, sa famille et des professionnels en lien avec l'enfant. Elle est menée par une équipe pluridisciplinaire d'au moins deux professionnels provenant des 3 services du département. Ceux-ci sont formés selon une méthodologie d'évaluation rigoureuse et utilisent un référentiel validé au niveau national. Si l'évaluation ne met pas en évidence d'éléments de danger ou de risque pour la santé, la sécurité, la moralité, l'éducation ou le développement de l'enfant, l'IP est dite non confirmée. Les services départementaux restent à disposition de la famille. Si l'évaluation conclut à un danger ou un risque de danger pour l'enfant, l'IP est dite confirmée. Diverses mesures peuvent être proposées en fonction de l'urgence de la situation⁷. L'évaluation de ces situations familiales est une obligation

⁷ : Ministère de la Santé et des Solidarités. *La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Guide pratique, protection de l'enfance.*

légale pour le département et un droit pour l'enfant et les parents. À tout moment au cours de la procédure, le procureur de la République peut être saisi (Annexe 3).

On peut représenter de manière schématique le parcours d'une IP comme suit :



On distingue les mesures administratives proposées par le département en collaboration avec les parents, et les mesures judiciaires qui sont ordonnées par le juge des enfants et auxquelles les parents doivent se contraindre.

Fin 2017, 1,8 % de la population de moins de 21 ans du département bénéficiaient d'une mesure dans le cadre de l'ASE⁴.

Suites administratives :

- L'Action Éducative à Domicile (AED)

En Isère, il s'agit de 80% des mesures administratives mises en place suite à une IP, c'est à dire 335 enfants en 2017⁴. Cette mesure vise à apporter un soutien de la fonction parentale via l'action d'un travailleur social à domicile.

- L'intervention d'un Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF)

C'est un soutien à la parentalité par une aide à la réalisation des tâches de la vie quotidienne (courses, ménage, jeux avec les enfants).

- Les aides financières

Ce sont les Allocations mensuelles (AM) et les Secours d'Urgence (SU).

Suites judiciaires :

- L'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO)

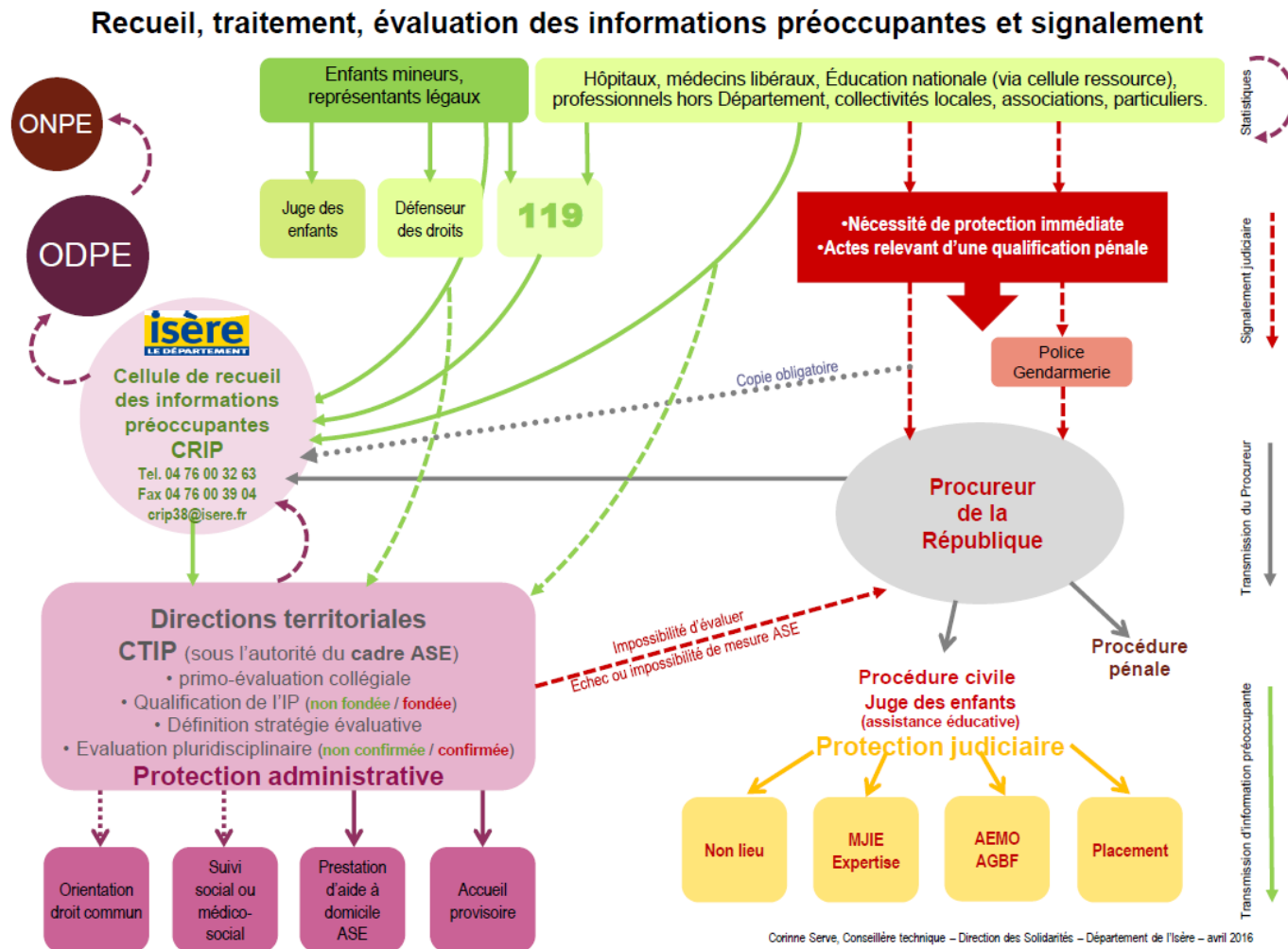
Une mesure d'AEMO, contrairement à l'AED, s'impose à la famille. Le travailleur social intervient au domicile des enfants pour une durée de 6 mois à 2 ans, renouvelable jusqu'aux 18 ans de l'enfant. Il met en place une action éducative directement dans la famille⁵.

- Placement

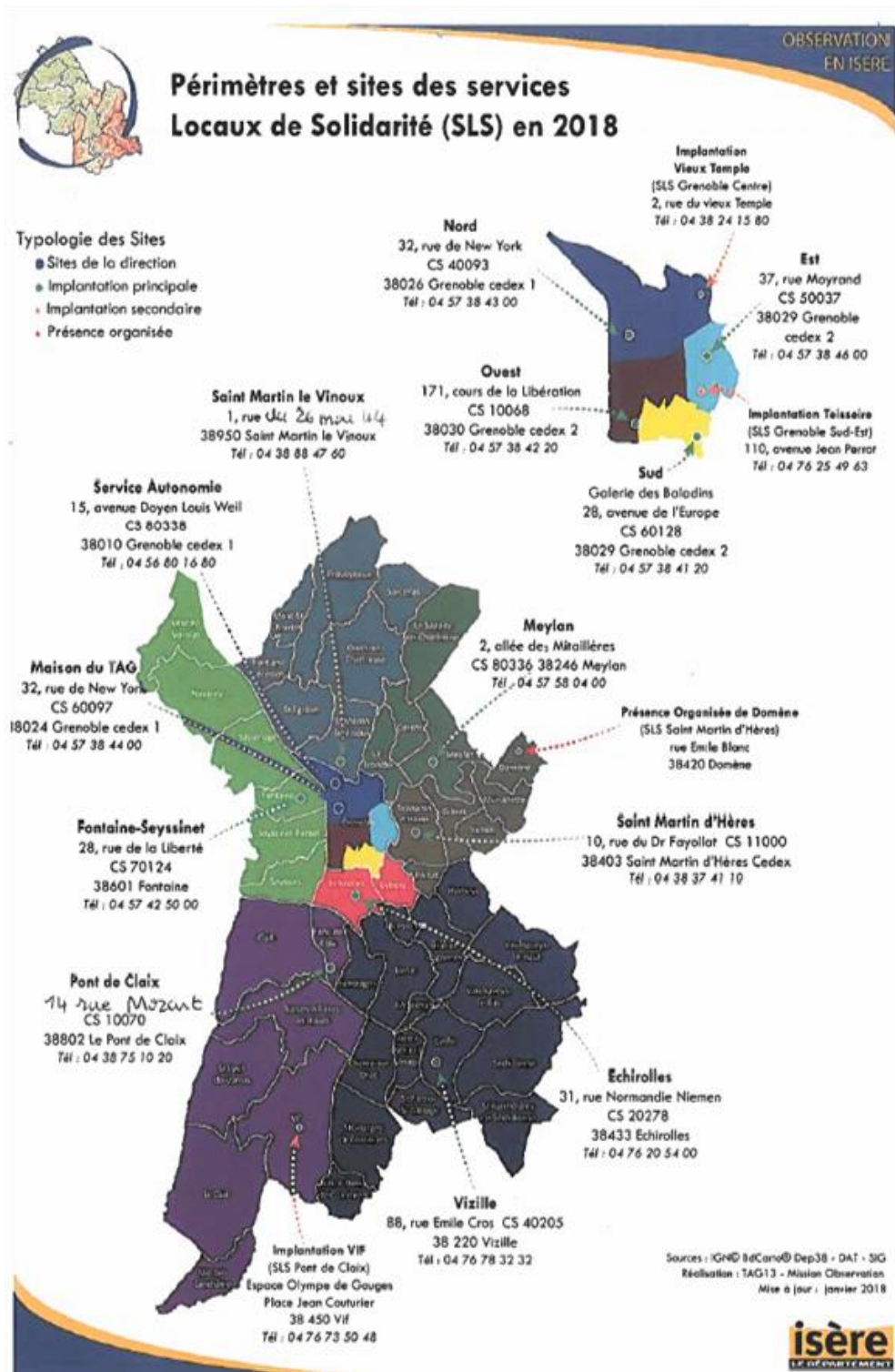
Le juge des enfants peut décider de retirer le mineur de son milieu familial. Il sera alors confié à un membre de sa famille qui n'en a pas la garde habituelle, un tiers digne de confiance ou un service départemental de l'ASE (famille d'accueil ou établissement spécialisé). La durée maximale de la mesure est de 2 ans, renouvelable⁵.

En 2017 en Isère, 91 enfants ont été placés dans les suites de l'évaluation de l'IP⁴.

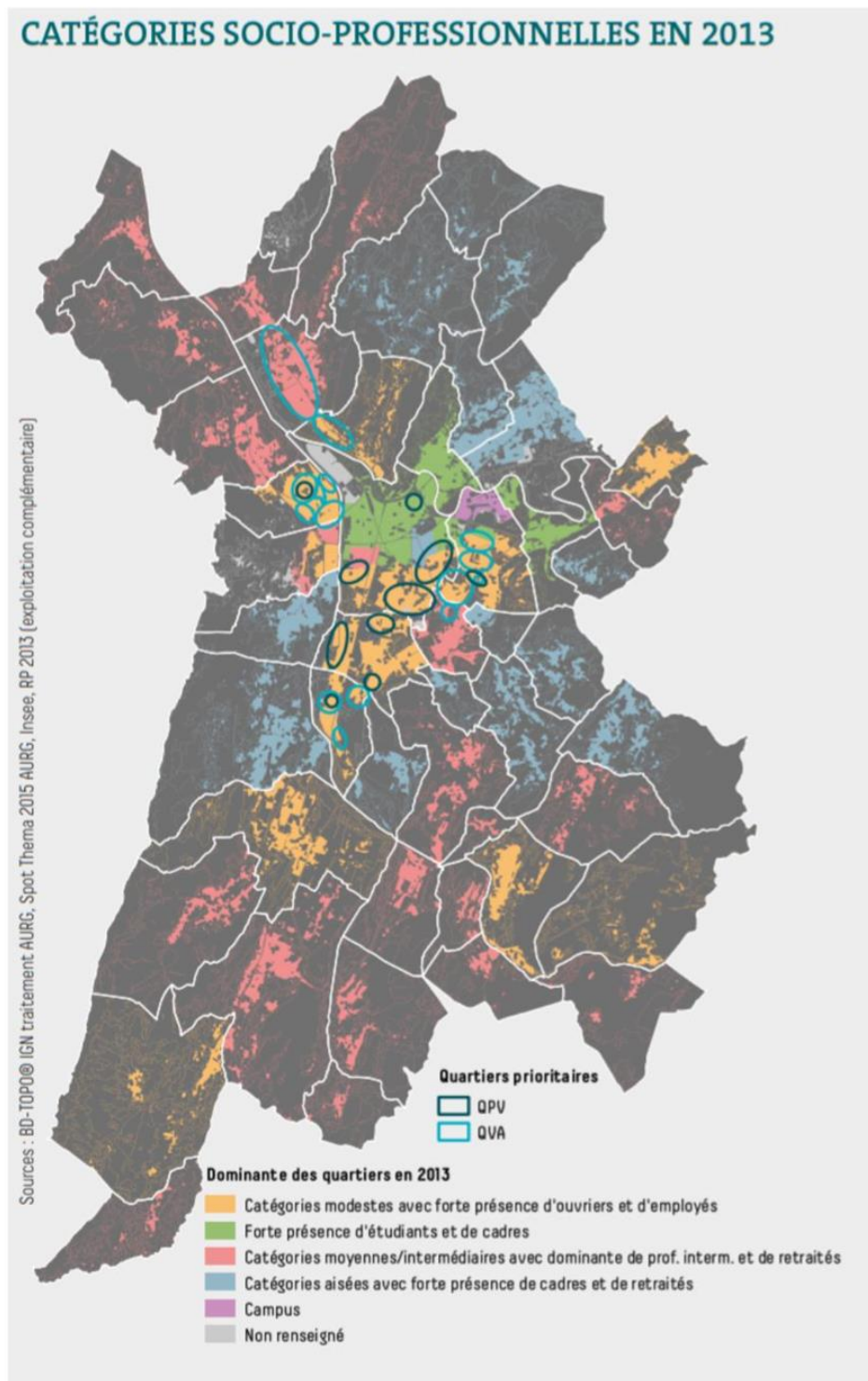
Annexe 3 : Schéma de Recueil, traitement, évaluation des informations préoccupantes et signalements



Annexe 4 : Carte des 11 SLS du TAG



Annexe 5 : Répartition des catégories socio-professionnelles de l'agglomération grenobloise (2013)



Annexe 6 : Grille de recueil des FDR de maltraitance infantile intrafamiliale recherchés

P (présent) A (absent) ou NR (non renseigné)	SLS de recueil	N° recueil	Résultats de l'évaluation sociale et médico-sociale CRIP			
			Cas		Témoins (classés sans suite)	Parents non coopérants
			Suite judiciaire	Suite administrative		

Type de violence							
Physique		Sexuelle		psychologique		Négligence	
suspectée	avérée	suspectée	avérée	suspectée	avérée	suspectée	avérée

Enfant									
Terrain					Antécédents				
Sexe		âge			handicap mental	handicap physique	troubles du comportement, des apprentissages	séparation précoce parents-enfants	prématurité
masculin	féminin	âge réel (an)	<=1 an	>1-<=4					

Facteurs de risque				
Parents				
Carence éducative	troubles psychopathologiques	faible statut socio-économique	alcool/drogues	antécédent violence dans l'enfance

Famille								IP faite par un médecin libéral
monoparentale	recomposée	nombreuse (≥ 4 enfants)	Conflit de couple	Séparation / divorce	violence conjugale	antécédent violence fratrie	isolement social et familial	

Annexe 7 : Stratégie de classification des FDR

Concernant l'enfant :

- Age

D'après la revue de la littérature, les âges présentant un risque le plus élevé de maltraitance pour l'enfant sont la période 0-4 ans puis la préadolescence et l'adolescence⁸. La limite d'âge inférieure retenue pour définir cette période est celle de l'OMS et de l'Unicef, qui fixe l'âge de 10 ans⁹.

- Sexe

Féminin ou masculin.

- Handicap mental ou physique

D'après l'OMS, le handicap se définit comme toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement¹⁰. Il a donc été retenu pour cet item toute pathologie mentale ou physique mentionnée ayant un retentissement sur la vie quotidienne de l'enfant.

- Trouble du comportement ou des apprentissages

Les troubles des apprentissages concernent les troubles de la lecture (dyslexie), les troubles du développement moteur et de l'écriture (dyspraxie), les troubles des activités numériques (dyscalculie), les troubles du langage oral (dysphasie), les troubles de l'attention. Il peut également exister des retards simples¹¹.

- Séparation précoce parents-enfants

Elle consiste en la séparation néo-natale entre l'enfant et ses parents, c'est-à-dire dans les quatre premières semaines de vie, quelle qu'en soit la cause (prématurité, dépression du post-partum, hospitalisation de l'enfant ou du parent)¹².

⁸ Rebeyrotte S. *Identification des situations à risques de maltraitance infantile intrafamiliale chez le mineur à partir d'une revue systématique de la littérature. Outil de repérage rapide à destination du médecin généraliste. [Thèse en vue du diplôme d'état de docteur en médecine]. Strasbourg ; 2016*

⁹ OMS. *Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents. 2018.*

¹⁰ Haut conseil de la santé publique. *Qu'est-ce que le handicap ? 2004*

¹¹ Société Française de Pédiatrie. *Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans. 2009*

¹² Tursz A. *Les morts violentes de nourrissons : Trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires. Obs Natl Enfance En Danger ONED. 2011*

- Prématurité

La prématurité est définie par l'OMS comme une naissance survenant avant le terme de 37 SA¹³.

Concernant les parents :

L'item était considéré présent s'il était retrouvé chez l'un des deux parents ou les eux.

- Carence éducative

Celle-ci est définie comme un faible niveau d'éducation et de scolarité des parents, risquant d'entraîner des troubles de la relation parents-enfants¹⁴.

- Troubles psychopathologiques

D'après l'OMS, les troubles mentaux se caractérisent par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. Ils comprennent essentiellement la schizophrénie, la dépression, les troubles anxieux¹⁵.

- Faible statut socio-économique

Les indicateurs du niveau socio-économique individuel les plus souvent utilisés sont l'éducation, la profession et le revenu. Ces critères sont relevés par les évaluateurs.

- Consommation d'alcool ou de drogue

Ce facteur a été considéré comme présent s'il était signalé par les travailleurs sociaux lors de l'évaluation. Dans les autres cas il était notifié non renseigné sauf si indication claire d'absence de consommation par les évaluateurs.

- Antécédents de violence dans l'enfance

De la même manière, ce facteur était relevé présent s'il était mentionné des antécédents de violences physiques, psychologiques ou sexuelles dans l'enfance.

¹³ OMS. Naissances prématurées. 2018

¹⁴ DEJS. Guide de procédure du traitement des informations préoccupantes. Département de l'Isère ; 2018

¹⁵ Lamboy B. La santé mentale : état des lieux et problématique. Santé Publique. 2005

Concernant la famille :

- Monoparentale

A été considéré comme monoparental les cas où l'autorité parentale était exercée par un seul des parents et qu'il n'existait plus de contact avec l'autre parent (décès, séparation...).

- Recomposée

Présence au domicile d'une belle-famille (parent ou fratrie).

- Nombreuse

4 enfants ou plus vivant dans le foyer.

- Conflit de couple, séparation, divorce

Le statut matrimonial et le fonctionnement du couple sont toujours recherchés par les évaluateurs et explicités.

- Violences conjugales

Ce facteur était considéré présent dès lors qu'il y avait notion de violence même ancienne.

- Antécédent de violence sur la fratrie

Considéré présent lorsqu'il existait une IP pour un autre enfant de la fratrie que celui concerné, ou lorsqu'il était mentionné un fait de violence envers celui-ci.

- Isolement social et familial

Critère recherché systématiquement par les évaluateurs et notifié tel quel.

Annexe 8 : Contrat RGPD

CONTRAT D'ENGAGEMENT RGPD avec le Département de l'Isère.

CNIL : 285 - Enquête IP anonyme réalisée par l'Université de Grenoble



Objet et durée du contrat :

Le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et le Label CNIL Gouvernance RGPD n° 2018-246 imposent au Département de l'Isère de signer un contrat avec ses partenaires susceptibles d'accéder aux données à caractère personnel gérées par notre collectivité.

Le « contrat d'engagement RGPD » respecte l'article 28 du règlement européen et son objet est de formaliser le rôle et la responsabilité des parties sur la gestion des données soumises au RGPD.

Ce contrat concerne particulièrement les partenaires qui échangent des données à caractère personnel avec notre collectivité. Le contrat d'engagement RGPD est rédigé par le DPO du département de l'Isère et il est valable pendant la durée de la convention citée dans le titre.

Article 1 : caractéristiques du traitement.

Le Département de l'Isère est responsable du traitement de données à caractère personnel, déclaré au registre de la collectivité sous le n° 285 et intitulé « Enquête IP anonyme réalisée par l'Université de Grenoble ». Ce traitement est géré par le service accueilli en protection de l'enfance de la direction de l'éducation de la jeunesse et du sport.

Éléments de contexte : Cette étude IP s'inscrit dans un train de thèses de médecine générale qui a pour but final d'élaborer un outil d'aide à la prévention primaire de la maltraitance infantile par le repérage précoce des situations à risque par les médecins généralistes. Ce traitement est autorisé car l'étude proposée par l'Université s'inscrit pleinement dans la mission de protection de l'enfance du département de l'Isère et parce que les mesures techniques et organisationnelles mises en œuvre garantissent la sécurité et la confidentialité des données sources. En effet, nous pouvons autoriser l'accès aux dossiers nominatifs CRIP pour permettre la collecte des informations utiles car les données extraites sont immédiatement anonymisées (l'instruction et le résultat de l'étude seront donc totalement anonymes).

Description synthétique du traitement (finalités) : L'étude consiste à décrire la population des enfants pour lesquels une information préoccupante (IP) a été traitée en cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) de l'agglomération grenobloise en 2017 pour en extraire et analyser les facteurs de risque (FDR) de maltraitance intrafamiliale mis en évidence par une revue de la littérature de 2016.

Le traitement dispose des caractéristiques suivantes :

- ✓ Les principales tâches du traitement en lien avec les données personnelles sont :
 - Consultation des dossiers nominatifs CRIP pour remplir une fiche de collecte anonyme.
 - Traitement statistique des données et publication de l'étude.
 - Mise en place de procédures pour garantir le total anonymat de l'étude.
- ✓ Le type de données à caractère personnel :
 - Cette enquête anonyme identifie les types de violence (physique, sexuelle, psy, négligence) et les facteurs de risque (enfant, parent, famille)
- ✓ Les catégories de personnes concernées :
 - Les enfants victimes de violence
- ✓ Les obligations du responsable du traitement :
 - Garantir la protection des données sources et la nature strictement anonyme de l'étude.

Contrat d'engagement RGPD pour le traitement 285 (« Enquête IP anonyme réalisée par l'Université de Grenoble »)
18b- Modèle de Contrat d'engagement RGPD (hors marché public)
Version modifiée : V3.6 du 31 octobre 2018

Article 2 : détail de la prestation.

Le partenaire assure les tâches suivantes :

- Consultation des dossiers nominatifs CRIP.
- Saisie de la fiche de recueil (données strictement anonymes).
- Interdiction de sortir tout ou partie des dossiers de la salle et d'en faire la moindre copie.
- Engagement de confidentialité des enquêteurs.

Article 3 : Engagements liés au label CNIL Gouvernance.

Le partenaire présente dans le cadre de ses missions les garanties suffisantes quant à la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles pour garantir le respect de la loi informatique et libertés, le respect du règlement européen, le respect des droits des personnes concernées par le traitement et le respect des réglementations en vigueur.

Le partenaire s'engage à respecter et à faire respecter les obligations suivantes par son personnel :

- Les données traitées dans le cadre de l'exécution du présent contrat restent la propriété de la Collectivité et elles sont strictement couvertes par le secret professionnel (article 226-13 du code pénal).
- Le partenaire ne peut pas recruter un sous-traitant pour assurer les tâches décrites aux articles 1 et 2 sans l'autorisation préalable et écrite du Département de l'Isère.
- Le partenaire ne peut traiter les données à caractère personnel que sur instruction documentée du Département de l'Isère (collecte anonyme des données).
- Le partenaire veille à ce que les personnes autorisées à traiter les données à caractère personnel s'engagent à respecter la confidentialité ou soient soumises à une obligation légale appropriée de confidentialité.
- Le partenaire prend toutes les mesures de sécurité requises par la loi et s'engage à prendre toutes les précautions pour préserver la sécurité des informations et pour empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des personnes non autorisées. Concrètement :
 - o Il ne prend aucune copie des documents et supports d'informations qui lui sont confiés, à l'exception de celles nécessaires à l'exécution de la présente prestation.
 - o Il n'utilise pas les documents et informations traités à des fins autres que celles spécifiées au présent contrat ;
 - o Il ne divulgue pas ces documents ou informations à d'autres personnes, qu'il s'agisse de personnes privées ou publiques, physiques ou morales ;
 - o Il prend toutes mesures permettant d'éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des fichiers informatiques en cours d'exécution du contrat ;
- Le partenaire s'acquiesce de son obligation de donner suite aux demandes dont les personnes concernées le saisissent en vue d'exercer leurs droits en lien avec le DPO du Département.
- Le partenaire aide la collectivité à garantir le respect des obligations prévues aux articles 32 à 36 du règlement européen, compte tenu de la nature du traitement et des informations à sa disposition ;
- Les données collectées par le partenaire étant anonymes, il est inutile de mettre en œuvre des procédures complémentaires d'épuration.
- Le partenaire permet la réalisation d'audits, y compris des inspections, par le responsable du traitement ou un autre auditeur mandaté, et contribue à ces audits.
- Le partenaire informe immédiatement le DPO (dpo@isere.fr) de la collectivité si, selon lui, une instruction constitue une violation de la loi informatique et libertés, du règlement européen ou d'autres dispositions du droit de l'Union ou du droit français relatives à la protection des données.

Contrat d'engagement RGPD pour le traitement 285 (« Enquête IP anonyme réalisée par l'Université de Grenoble »)
18b- Modèle de Contrat d'engagement RGPD (hors marché public)
Version modifiée : V3.6 du 31 octobre 2018

Article 4 : engagements du partenaire liés à la réalisation du traitement.

Le partenaire s'engage à :

- Sécuriser son SI pour éviter les intrusions de personnes non autorisées
- Alerter immédiatement le DPO du département de l'Isère en cas de suspicion de violation de sécurité. Cette disposition permet de répondre à l'obligation d'alerter la CNIL et les personnes concernées dans un délai de 72 heures maximum.
- Respecter les règles de sécurité adaptées pour tout échange de données nominatives en lien avec ce contrat. Les fichiers doivent être chiffrés et transmis par un protocole sécurisé. Les modalités techniques mises en œuvre doivent être préalablement validées par le DPO et le RSSI du département de l'Isère.
- Garantir le respect des règles de déontologie pour ses collaborateurs ayant des accès de type administrateur, car ces fonctions sont tenues à des obligations particulières de loyauté, de transparence et de confidentialité.
- Garantir qu'aucune donnée nominative ne sera traitée en dehors du territoire de l'UE.

Article 5 : Code de conduite et de certification.

Afin de démontrer l'existence de garanties suffisantes pour respecter certaines exigences du RGPD, le partenaire peut préciser les codes de conduite approuvés, les labels ou les certifications dont il dispose :

-

-

Article 6 : conséquences en cas de manquements.

En cas de non-respect des dispositions précitées, il est précisé :

- Que le Département de l'Isère pourra prononcer la résiliation immédiate du contrat, sans indemnité en faveur du partenaire,
- Que la responsabilité du partenaire peut être engagée sur la base des dispositions des articles 226-5 et 226-17 du nouveau code pénal.

Pour le Département de l'Isère

Nom complet :

Fonction :

Fait à :

Le :

Signature et cachet

Pour Le partenaire

Nom complet : Dr Girard Pauline

Chef de Clinique des Universités,
Fonction : Département de Médecine Générale de Grenoble
Clinicienne de l'Isère

Fait à : Grenoble

Le : 20/11/2018

Docteur Pauline GIRARD
Médecine Générale
La Grande Rampe
1, rue Franz Schubert
38400 ST MARTIN D'HERES
RPPS 10101368006 - 38 1 01603 6

Contrat d'engagement RGPD pour le traitement 285 (« Enquête IP anonyme réalisée par l'Université de Grenoble »)
18b- Modèle de Contrat d'engagement RGPD (hors marché public)
Version modifiée : V3.6 du 31 octobre 2018

Annexe 9 : 1er modèle de régression logistique avec 3 variables P, A et NR présentant les FDR significatifs au risque $\alpha=5\%$

	p-value
Troubles du comportement et des apprentissages P	0,001361
Troubles du comportement et des apprentissages NR	0,456477
Troubles psychopathologiques des parents P	0,003489
Troubles psychopathologiques des parents NR	0,172293
Séparation / divorce P	0,013177
Séparation / divorce NR	0,986632
Antécédent de violence dans la fratrie P	0,010702
Antécédent de violence dans la fratrie NR	0,161688

Annexe 10 : Grade des recommandations et niveaux de preuve scientifique de l'HAS (2013)

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).