



**HAL**  
open science

# Suspicion de maltraitance de l'enfant : étude rétrospective examinant les facteurs associés à la prise de décision entre information préoccupante et signalement judiciaire

Adeline Lerole

## ► To cite this version:

Adeline Lerole. Suspicion de maltraitance de l'enfant : étude rétrospective examinant les facteurs associés à la prise de décision entre information préoccupante et signalement judiciaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02947121

**HAL Id: dumas-02947121**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02947121v1>**

Submitted on 23 Sep 2020

**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.

Année 2020

Thèse numéro

Thèse pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 2 avril 2020

Par

Adeline LEROLE

Née le 27 février 1990 à Montaigu

**SUSPICION DE MALTRAITANCE DE L'ENFANT : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE  
EXAMINANT LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRISE DE DÉCISION ENTRE  
INFORMATION PRÉOCCUPANTE ET SIGNALEMENT JUDICIAIRE.**

**DIRECTEUR DE THÈSE**

Dr Marion BAILHACHE

**MEMBRES DU JURY**

Pr Jean-Philippe JOSEPH	Président du jury
Pr Cédric GALERA	Rapporteur de thèse
Pr Jérôme HARAMBAT	Juge
Dr Marie LAGARDE	Juge

## Remerciements

*J'exprime toute ma reconnaissance et adresse mes remerciements aux membres du jury de cette thèse.*

**A notre président de thèse,**

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSPEH**, Directeur du Département de Médecine Générale, Professeur d'Université Médecine Générale.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

**A mon rapporteur,**

**Monsieur le Professeur Cédric GALERA**, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être le rapporteur de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance pour votre participation à mon jury.

**A nos juges, Monsieur le Professeur Jérôme HARAMBAT**, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier et **Madame le Docteur Marie LAGARDE** Praticien Hospitalier.

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger cette thèse. Soyez assurés de mon profond respect.

**A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Marion BAILHACHE**, Praticien Hospitalier.

Je te remercie pour l'aide que tu m'as apportée. Je te remercie pour ton soutien, ta gentillesse et ta disponibilité tout au long de ce travail. Tu l'as dirigé avec attention. Tu me fais l'honneur de le juger en tant que directrice de thèse. Sois assurée de mon plus profond respect et de ma reconnaissance.

***Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à ma formation durant mon internat.***

A tout le service de médecine polyvalente et gériatrique de la Réole

A tout le service de gériatrie et des urgences de Marmande

A tout le service des urgences pédiatriques de CHU de Bordeaux

Au Dr SANANES et au Dr LEVRIER, maîtres de stages

A tout le service de médecine interne d'Arcachon, un grand merci au Dr COURTAUT Carine, Dr VIDECOQUE Martha, Dr MARTEL Clotilde, Dr ROUXEL Léa et Dr BARRET Amaury pour tout ce qu'ils m'ont appris lors de mes derniers 6 mois d'internat.

Et je tiens à remercier tout particulièrement ma famille et mes amis,

**À mes parents**, les mots ne suffiront pas pour exprimer à quel point je vous suis reconnaissante de tout ce que vous avez fait pour moi, et ce que vous continuez de faire. Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, merci.

**À ma grande sœur**, merci de t'être autant occupée de moi et de m'avoir supportée toutes ces années.

**À mon beau-frère Freddy**, je n'oublierai pas les services que tu m'as souvent rendus, merci pour ta disponibilité et ta bonne humeur.

**À mes nièces** Justine et Sarah, merci pour tout le bonheur que vous m'apportez.

**À mes beaux-parents et ma belle-sœur**, merci pour votre soutien tout au long de mes études, je n'oublierai jamais tous les petits mots d'encouragement et les nombreuses attentions.

**À ma grand-mère Jeannette**, et à **mon papi Jean** qui n'est plus là mais qui toujours m'encourageait. A **ma mamie Simone** qui nous a quittés pendant l'externat.

**À mon parrain Yves**, à Micheline, Vincent, Emilie et Anne, merci pour tous les bons moments de rire que l'on passe ensemble.

**À mes amis**,

À Cécile, Mélissa, Anaïs, Elodie et Isabelle, malgré la distance notre amitié ne change pas

Aux amis nantais, merci pour les bons moments passés ensemble

À l'équipe des Marmandais, pour tous les bons moments passés à l'internat

À l'équipe des Olé-Olé, les moments passés avec vous, sportifs ou non, m'ont été d'un grand soutien.

**À Maxime**, merci pour ta patience, tes encouragements et ton soutien. Merci pour ces 9 années de bonheur passées à tes côtés. Et enfin, merci pour les tablettes de chocolat que tu glissais dans mon sac de cours.

## Table des matières

Remerciements .....	2
Liste des abréviations .....	7
Index des tableaux.....	8
Index des figures .....	9
Introduction.....	10
I. Définitions .....	10
II. Importance et conséquences .....	12
III. Législation.....	14
1. Cadre actuel dans le monde : exemple du modèle Israélien .....	14
2. Cadre législatif en France .....	16
2.1. L'information préoccupante.....	17
2.2. Le signalement judiciaire.....	18
IV. Problématique.....	20
V. Etats des connaissances actuelles et leurs limites sur cette problématique .....	21
1. Facteurs impliqués dans la décision de faire un rapport à une autorité et à quelle type d'autorité.....	22
2. Facteurs influençant la décision de confirmer la présence d'une maltraitance par les professionnels de la protection de l'Enfance parmi les cas signalés .....	23
2.1. Facteurs de vulnérabilités liés aux parents. ....	23
2.2. Facteurs relatifs à la situation .....	24
2.3. Facteurs socio-économiques.....	25
2.4. Facteurs liés à l'enfant.....	26
2.5. Facteurs organisationnels et liés à l'évaluateur .....	26
VI. Hypothèse face à cette problématique et aux connaissances actuelles .....	27
VII. Objectifs de notre étude .....	28
VIII. Matériels et méthodes.....	28
1. Population de l'étude .....	29
2. Variables mesurées .....	29
3. Mode de recueil .....	33
4. Analyses statistiques .....	34
5. Aspect réglementaire .....	34

IX. Résultats .....	35
1. Description de la population .....	35
2. Comparaison des caractéristiques médico-socio-économiques de l'enfant et de sa famille ainsi que de la situation et de l'équipe prenant en charge l'enfant en fonction du type d'écrit réalisé en analyse uni-variée. ....	46
3. Modèles multivariés en fonction des différents domaines.....	50
3.1. Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés à l'enfant .....	50
3.2. Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés aux parents et à la famille .....	51
3.3. Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés à la situation évaluée .....	52
3.4. Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés à la situation socio-économiques .....	53
3.5. Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés aux intervenants .....	54
4. Modèle final multivarié prenant en compte l'ensemble des différents domaines.....	55
5. Analyse des données manquantes .....	56
X. Discussion .....	58
XI. Conclusion .....	64
XII. Références.....	65
Annexe1 : Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance selon la HAS .....	73
Annexe2 : Résumé du modèle DME ou "Decision Making Ecology ".....	74
Annexe 3 : Facteurs de vulnérabilité selon l'OMS.....	75
Serment d'Hippocrate .....	77

## Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACS : Aide Complémentaire Santé

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert

AED : Aide Educative à Domicile

AME : Aide Médicale d'Etat

AVS : Auxiliaires de Vie Sociale et familiale

CAPTA: Child Abuse Prevention and Treatment Act

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPS : Child Protective Service

CRIP : Cellule de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

HAS : Haute Autorité de Santé

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

ODAS : Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RCIU : Retard de Croissance Intra-utérin

SAF : Syndrome d'Alcoolisation Fœtal

TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale



## Index des tableaux

<i>Tableau 1 : Description de l'enfant et des parents étudiés (N=83) .....</i>	<i>38</i>
<i>Tableau 2 : Description des critères socio-économiques et de la situation évaluée (N=83) ....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 3 : Description des examens complémentaires effectués chez les enfants (N=82) ....</i>	<i>45</i>
<i>Tableau 4 : Caractéristiques médico-socio-économique des parents et de la famille associées soit à un signalement judiciaire soit à une information préoccupante en analyse uni-variée</i>	<i>46</i>
<i>Tableau 5 : Probabilité que la décision soit un signalement judiciaire en fonction des caractéristiques de l'enfant (N=65) .....</i>	<i>50</i>
<i>Tableau 6 : Probabilité de faire un signalement judiciaire en fonction des caractéristiques des parents (N=83).....</i>	<i>51</i>
<i>Tableau 7 : Probabilité que la décision soit un signalement en fonction des faits (N=72) .....</i>	<i>52</i>
<i>Tableau 8 : Probabilité de faire un signalement en fonction des critères socio-économiques (N=83).....</i>	<i>53</i>
<i>Tableau 9 : Probabilité d'avoir un signalement judiciaire en fonction des intervenants (N=83) .....</i>	<i>54</i>
<i>Tableau 10: Modèle final : Facteurs associés au choix de faire un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en analyse multivariée .....</i>	<i>55</i>
<i>Tableau 11 : Comparaison des variables avec données manquantes selon le service à l'origine de l'écrit : présentation des résultats <math>p &lt; 0,05</math>.....</i>	<i>57</i>

## Index des figures

- Figure 1 : Schéma de recueil, d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes concernant des mineurs en danger ou risque de l'être. Guide ministériel..... 19*
- Figure 2 : Schéma représentant le processus d'évaluation et de décision par l'équipe prenant en charge un enfant suspecté être en danger..... 27*
- Figure 3 : Diagramme présentant la répartition des types de violences suspectés. Le chiffre correspond au nombre d'enfants concernés en valeur absolu. .... 40*
- Figure 4 : Diagramme représentant le nombre de situations ayant bénéficié ou non de la participation d'un médecin, d'une assistante sociale et/ou d'un psychologue..... 43*

# Introduction

## I. Définitions

Au niveau mondial, les deux principales définitions utilisées de la maltraitance de l'enfant sont celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE).

L'OMS définit la maltraitance de l'enfant comme « *toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, 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 le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* » (1).

La Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) indique dans l'article 19 que : « les États parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant *contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle*, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié » (2).

En France, depuis 1991, l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS), qui avait pour mission de recueillir des données sur la maltraitance de l'enfant pour en mesurer l'importance et l'évolution, a proposé une définition qui est actuellement la plus couramment retenue. Elle distingue l'enfant en risque et l'enfant maltraité (3) :

- L'enfant en risque de maltraitance concerne tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.
- L'enfant maltraité est défini par l'enfant victime de violences physiques, de violences sexuelles, de violences psychologiques, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. Ces

quatre grandes catégories ont été décrites par un consensus partagé à l'échelle internationale.

Dans la législation française, on retrouve la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Cette loi a remplacé les termes « mauvais traitements » et « maltraité » par les termes « situation de danger » et « en danger ou en risque de l'être » (4). Cette notion de danger est défini dans l'article 375 du code civil, par : « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice* » (5).

Au sein même de la maltraitance, quatre types de violence sont fréquemment distingués parmi les différentes législations dans le monde. L'OMS décrit (6) :

La violence physique : 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. L'usage du châtiment corporel infligé dans le but de punir ou éduquer l'enfant n'est pas toujours considéré comme un acte de maltraitance selon les législations et les cultures.

La violence sexuelle : participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société.

La violence psychologique : est à la fois le fait d'incidents isolés et de l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. Ces actes risquent fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

La négligence : elle concerne le défaut de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir aux besoins fondamentaux permettant le développement et le bien-être des enfants dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie en sécurité.

Par ailleurs, la reconnaissance des violences conjugales comme une forme de maltraitance à part entière porte à discussion en France comme à l'international (7; 8). En France, la violence conjugale est en court de reconnaissance comme une forme de maltraitance à part entière. Au Canada, en Australie ou aux États-Unis par exemple, certaines juridictions ont fait le choix d'inscrire l'exposition de l'enfant à des violences conjugales comme un type de maltraitance (9).

## **II. Importance et conséquences**

La maltraitance est un phénomène fréquent et souvent sous-estimé. D'après l'OMS, 57 000 décès ont été attribués à des homicides chez les enfants de moins de 15 ans en 2000, mais le calcul du nombre de décès réellement imputable aux mauvais traitements est estimé à 155 000 décès d'enfants de moins de 15 ans par an (1). D'après les estimations mondiales les nourrissons et les très jeunes enfants (0 à 4 ans) sont les plus exposés avec un taux étant plus du double de celui du groupe des 5 à 14 ans (6). Une série du Lancet publiée en 2009 estime que chaque année, dans le monde, environ 4 à 16% des enfants sont victimes de violence physique et un sur dix de négligence ou de violence psychologique. Cette revue souligne la différence entre les taux de maltraitance confirmés par les agences et ceux plus élevés de maltraitance déclarée par les enfants ou avouée par leur parents (10).

En France, en 2017, 100 mineurs victimes d'infanticides ont été enregistrés par les forces de sécurité et 308400 mineurs bénéficiaient d'une mesure relevant de la protection de l'enfance (soit 21 ‰ des mineurs) (11). En 2015, 55000 enfants âgés de 0 à 18ans ont été enregistrés par les forces de sécurité comme victimes de violence physique (12). Selon l'enquête EVS (Événement de Vie et Santé) 11,6 % de la population âgés de 20 à 75 ans en 2005-2006 déclarent avoir vécu/subi des violences physiques de manière durable durant l'enfance et l'adolescence et 14,2% déclarent avoir vécu un grave manque d'affection (12).

A l'échelle départementale, d'après l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE), en 2015 la Cellule de Recueil et de traitement des Informations Préoccupantes (CRIP) de Gironde a traité 4233 Informations Préoccupantes (IP), 1593

signalements à l'autorité judiciaire, 317 renvois en prévention sur les territoires et 160 copies de signalements effectués directement par des tiers. Entre 2012 et 2015 on constate une augmentation de 25% des IP et de 39% des signalements judiciaires. L'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux a envoyé à la CRIP 33 en 2015, 27 signalements judiciaires et 24 IP (13).

Les conséquences de la maltraitance sur l'enfant sont multiples et portent sur la santé physique, psychique, le développement et la socialisation à court et long terme tout au cours de sa vie, ce qui explique un taux de morbi-mortalité plus élevé dans cette population. Les conséquences de la maltraitance varient d'un enfant à l'autre, selon le moment, la durée d'exposition et selon le type de maltraitance subie avec un effet cumulatif. En effet, il semble que plus le nombre d'expositions augmente plus l'enfant développe des comportements à risque pour sa santé (14).

Concernant la santé physique, en dehors des conséquences immédiates liées à des violences physiques pouvant aller jusqu'au décès de l'enfant, on note des conséquences variées à long terme. Une obésité sévère est plus fréquemment retrouvée chez les enfants victimes de violences ou négligence. Elle peut être expliquée par une sédentarité plus marquée (15; 16) ou des troubles du comportement alimentaire, bien que cette hypothèse ne repose pas sur des études de hautes qualités (17). En revanche le lien entre violences sexuelles et trouble du comportement alimentaire est nettement mis en évidence (10; 15). Les enfants victimes de maltraitance sont plus à risque d'être hospitalisés pour traitement d'asthme, de pathologie cardio-respiratoire ou d'infection (18; 15). Les pathologies chroniques cardio-pulmonaires (BPCO et emphysème, angor), hépatiques et les fractures semblent également plus fréquentes dans cette population bien que certaines études retrouvent une augmentation du risque relatif uniquement chez les enfants exposés à plus de quatre facteurs de risques (14; 15). Ces pathologies sont probablement en lien avec les conduites à risque développées par ces enfants et jeunes adultes notamment la consommation de tabac ou d'alcool et l'exposition à des risques sexuels. La prévalence des douleurs chroniques notamment intestinales telles que les troubles fonctionnels intestinaux mais aussi les fibromyalgies est plus importante dans la population victime de maltraitance notamment de violences physiques ou sexuelles (10; 15).

Concernant la santé psychique, les enfants maltraités sont plus à risque de développer eux-mêmes des conduites à risques telles qu'une consommation de tabac, un usage de drogue ou d'alcool, des conduites à risque sexuel (16; 19; 10; 15). Ils présentent plus fréquemment des symptômes d'anxiété, de dépression et font plus de tentative de suicide, ce d'autant plus quand il existe une multiplicité des actes de violences, ou d'exposition à des situations à risque (16; 19; 14; 10; 15). De même, le lien entre stress post-traumatique et maltraitance, et notamment en cas de violences sexuelles a été clairement établi (16; 19; 10; 15). En effet, il existe des modifications neurobiologiques aboutissant à une modification du niveau de cortisol et donc de la réponse au stress (15). Ces enfants développent aussi des symptômes externes par échec à réguler leurs émotions : trouble du comportement et des interactions, violence et agressivité (10; 19; 15).

Enfin, la maltraitance a un impact sur la vie sociale de ces enfants, adulte en devenir. Les enfants victimes de violences sont plus fréquemment en situation d'échec scolaire. Le recours à une éducation spécialisée est plus souvent nécessaire (10; 19). Les jeunes adultes exposés dans leur enfance sont plus représentés dans les catégories de niveau éducatif et socio professionnel basses avec des revenus plus bas. En effet il existe une surreprésentation dans les emplois peu qualifiés avec un risque plus important de chômage (10; 20). Ils seraient également plus impliqués dans des actes de criminalité et de violence puisque 31% des adolescents ont déjà été arrêtés parmi ceux ayant subi des violences dans l'enfance versus 19% dans la population contrôle (10; 15).

### **III. Législation**

#### **1. Cadre actuel dans le monde : exemple du modèle Israélien**

La convention internationale relative aux droits de l'enfant, citée précédemment a été ratifiée par 196 états. A l'heure actuelle, de nombreux gouvernements s'impliquent dans la détection précoce des cas de maltraitance afin de protéger les enfants et proposer des services aux familles. Le concept de "*mandatory reporting laws*", qui correspond à la présence d'une loi rendant obligatoire le signalement des violences et maltraitance à une autorité existe dans de nombreux pays. Initié sous l'impulsion des Etats-Unis avec la

rédaction de la première loi en 1963, il est présent principalement en Australie et au Canada. Certains pays comme l'Angleterre et l'Écosse, ont choisi de ne pas promulguer de loi en matière de déclaration obligatoire par crainte de voir le nombre de déclarations non justifiées augmenter, avec les conséquences sur l'enfant et la famille qui en découleraient (21).

L'organisation de la protection de l'enfance varie d'un pays à l'autre, avec l'intervention de différents professionnels. Nous ne décrivons pas là tous les modèles d'organisations possibles pour des raisons de temps et de faisabilité. Il nous a cependant semblé intéressant de décrire succinctement le modèle de protection israélien. Ce pays étant, parmi d'autres, activement impliqué dans la recherche sur l'évaluation des risques de maltraitance et le processus décisionnel. Il présente, par ailleurs des différences d'organisation intéressante par rapport au système français.

#### Exemple du système de protection Israélien (22)

En 1985, sur les directives du ministère de la Santé, ont été mis en place dans tous les hôpitaux des équipes pluridisciplinaire dédiées à la protection de l'enfance (CPT : Child Protective Teams). Ces équipes sont généralement composées d'infirmières, de pédiatres, d'assistantes sociales, de psychiatres. Elles mènent l'enquête préliminaire lorsqu'une suspicion de maltraitance est évoquée et décident, en fonction de différents paramètres, soit de fermer le dossier s'il n'y a pas d'inquiétude, soit de l'adresser à un service social local s'il existe des inquiétudes quant au bien-être de l'enfant sans suspicion de maltraitance (permettant un suivi et un soutien), soit si la suspicion semble probable (« reasonable suspicion ») de signaler le cas à une autorité légale pour poursuite de l'enquête. Cette autorité légale peut être soit la police soit un service social de l'état. Or, il n'existe pas de lignes directrices pour savoir à quelle autorité déclarer sauf en cas de danger imminent ou de lésion évidente où la police doit être informée d'emblée. C'est parce que l'intervention de la police est perçue comme plus intrusive et donc plus traumatisante pour l'enfant et sa famille, que la question de l'autorité à laquelle déclarer se pose aux équipes hospitalières et à toute personne signalant une suspicion. Les services sociaux qui reçoivent les signalements envoient un représentant (CPO ou Child Protective Officer). Ce représentant a pour rôle d'évaluer l'enfant et mener l'enquête auprès de la famille et des voisins. En effet il a



l'autorité professionnelle et légale pour investiguer et déterminer si la suspicion est avérée et peut même retirer un enfant du domicile sans autorisation parentale en cas de danger imminent. La loi oblige néanmoins le service social à référer tous ses cas à la police. La suspicion est ensuite soit écartée, soit confirmée, soit elle reste suspectée lorsqu'il existe des éléments d'inquiétude mais que l'enquête n'a pas permis de trancher.

## 2. Cadre législatif en France

La protection des enfants est assurée en premier lieu par les parents. Cette notion essentielle est retrouvée dans la loi du 4 mars 2002 sur l'autorité parentale mais aussi et surtout dans la convention internationale des droits de l'enfant. L'article 371-1 du code civil précise que « *L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne* » (23).

L'article 375 de code civil précise que : « *Lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives (...) affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée* » (5). En effet, la législation française prévoit 2 modes de protection lorsque l'enfant est en danger ou en risque de l'être au sens de cet article :

- La protection administrative sous la responsabilité de l'état et du département.
- La protection judiciaire sous la responsabilité de l'autorité judiciaire.

La loi du 5 mars 2007 a réformé la protection de l'enfance, complétée par la loi du 14 mars 2016. Cette loi a introduit d'importantes évolutions et met notamment l'accent sur la prévention (4; 24) :

- Elle remplace dans son article 3 le terme « maltraitance » au profit des termes « danger » ou « risque de danger » (4).
- Elle crée les CRIP (Cellules de Recueil des Informations Préoccupantes) placées sous la responsabilité du Président du Conseil général, destinataires exclusives des informations préoccupantes de toutes sources (13).

- Elle introduit la notion d'information préoccupante permettant d'alerter les autorités administratives avant le stade de la maltraitance constituée (25).
- Elle donne un cadre légal au partage d'informations concernant « les mineurs en danger ou risquant de l'être » et aménage ainsi le secret professionnel pour permettre de mettre en place des mesures de protection après évaluation des situations individuelles (26).
- Elle instaure l'obligation de création d'un observatoire départemental de protection de l'enfance (ODPE), destiné à améliorer et renforcer le dispositif de protection de l'enfance. Les données sont ensuite transmises à l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) (27).
- Elle clarifie et sépare les rôles de chacun : Les situations d'enfant en risque de danger relèvent de la compétence du Conseil Général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » à transmettre aux CRIP. Les situations d'enfant en danger qui nécessitent une protection judiciaire doivent faire l'objet d'une saisine au Procureur de la République (28).

En France, les médecins sont soumis au code de déontologie et doivent donc être le défenseur du droit de l'enfant (article 43). L'article 44 précise que « Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger. Lorsqu'il s'agit d'un mineur [...], il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience » (29). L'article 226-14 du code pénal (30) aménage le secret professionnel pour permettre au professionnel de santé qui agit en bonne foi d'alerter une autorité lorsqu'il suspecte qu'un mineur est en danger.

## **2.1 L'information préoccupante**

Elle est définie par le code de l'action sociale et des familles comme : « *une information transmise à la Cellule Départementale, pour alerter le Président du Département 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 »* (25). Cette information préoccupante peut concerner des faits observés, des propos entendus, des inquiétudes concernant des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur.

Lors de la réception, la cellule départementale recherche si la situation du mineur est déjà connue par les services de protection de l'enfance et fait une analyse rapide de la situation du mineur afin de déterminer si elle exige, au vu des éléments, un signalement sans délai au procureur de la République du fait de son extrême gravité. Il s'agit notamment des situations faisant apparaître que l'enfant est en péril, qu'il est gravement atteint dans son intégrité physique ou psychique, ou qu'il est peut-être victime de faits qualifiables pénalement (31).

## **2.2 Le signalement judiciaire**

Il s'agit d'un terme juridique réservé à la saisine du Procureur de la République. Quelle que soit la mesure de protection envisagée, les critères de gravité et d'urgence doivent présider à l'orientation du signalement tel que les sévices sexuels et autres violences physiques définies dans le code pénal (28; 32).

3 autres types de situations constituent des motifs de signalement (33):

- Lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil et que les actions réalisées avec la famille n'ont pas permis de remédier à la situation.
- Lorsqu'un mineur est en danger et que la famille refuse ou est dans l'impossibilité d'accepter l'intervention des services d'aide sociale à l'enfance.
- Lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger et qu'il est impossible d'évaluer la situation.

La figure 1 résume l'organisation du système de protection de l'enfance en France.

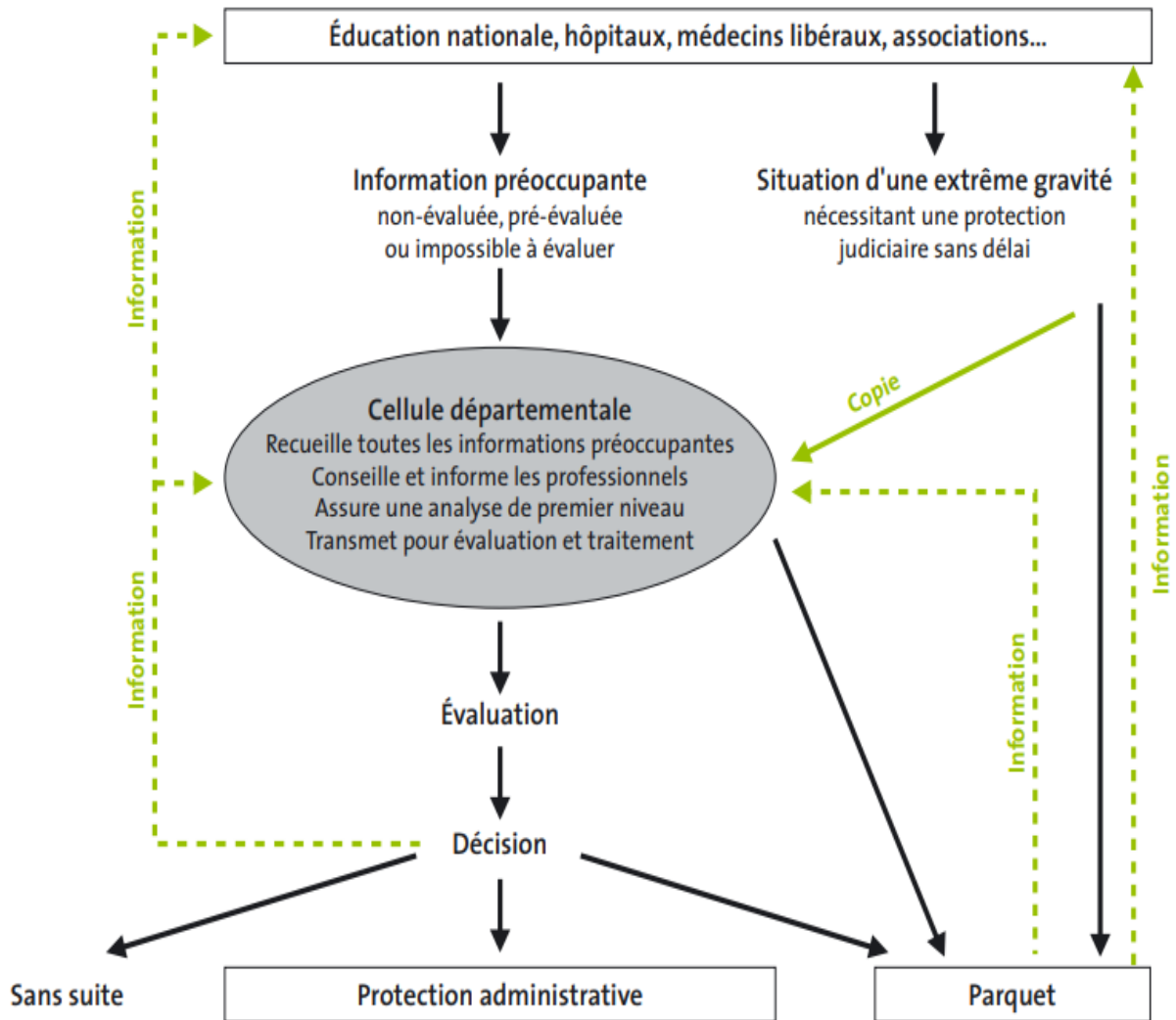


Figure 1 : Schéma de recueil, d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes concernant des mineurs en danger ou risque de l'être. Guide ministériel.

#### IV. Problématique

En France, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a apporté des modifications au Code de l'Action Social et des Familles (CASF) en remplaçant les termes d'« enfants victimes de mauvais traitements » ou « d'enfants maltraités » par ceux d'« enfance en danger » ou d'« enfants en danger ou en risque de l'être » (4). Elle a également introduit la notion d'information préoccupante (25). Le parquet n'est donc, en principe, plus saisi que dans les situations où le mineur est en danger immédiat ou si les parents ont déjà fait l'objet d'action de soutien à la parentalité sans que celles-ci n'aient pu permettre de remédier à la situation, ou si ces actions n'ont pas pu être mises en place en raison du refus de la famille, et/ou si ce refus rend impossible l'évaluation d'une situation de danger présumée (33). Or il est précisé que tout professionnel peut informer directement le Procureur de la République « du fait de la gravité de la situation » (33). Mais le législateur ne précise pas ce qui définit « la gravité de la situation » et n'apporte pas de précision sur la distinction entre « risque de danger » et « danger ». De même, la Haute Autorité de Santé propose une conduite à tenir pour les professionnels (Annexe1 : Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance selon la HAS) (34). Cependant la notion d'urgence n'est pas clairement définie. Il peut être difficile pour le professionnel de déterminer ce niveau de gravité en dehors d'une infraction pénale évidente telle que des violences sexuelles le conduisant alors à choisir d'effectuer un signalement judiciaire.

Ceci nous amène à une problématique: comment, c'est-à-dire sur quels critères, l'évaluateur détermine t'il le seuil à partir duquel il va signaler aux autorités judiciaires plutôt qu'aux autorités administratives en dehors d'infraction pénale évidente ? Nous n'aborderons pas la problématique voisine des barrières multiples qui existent à effectuer un écrit, c'est-à-dire à signaler que cela soit à une autorité administrative ou judiciaire, une situation qui pose question au professionnel. L'objectif étant ici plutôt de déterminer comment, au sein des situations identifiées comme suspectes et pour lesquelles un écrit est décidé par le professionnel, le niveau de gravité est évalué.

## V. Etats des connaissances actuelles et leurs limites sur cette problématique

Aux Etats-Unis, un groupe de recherche dédié à la compréhension du processus de décision des acteurs de système de protection de l'enfance a développé un cadre théorique, le DME ou The Decision-Making Ecology (35). Ce cadre conceptualise la relation entre de multiples facteurs et leur influence sur la prise de décision. Plusieurs auteur(e)s ont utilisé ce modèle afin d'identifier, au travers de leurs études, les facteurs pris en compte dans la décision de signaler une situation et/ou de confirmer la présence d'une maltraitance après enquête (Annexe2 : Résumé du modèle DME ou "DecisionMakingEcology "). Beaucoup d'études se sont intéressées aux barrières des professionnels pour prévenir une autorité (36; 37; 38). En effet aux Etats-Unis, le système de protection est légèrement différent. Contrairement au système français, le choix pour le professionnel qui suspecte une maltraitance d'alerter une autorité administrative plutôt qu'une autorité judiciaire n'existe pas. Tout signalement doit être adressé au bureau central de l'admission du service social de protection de l'enfance. Néanmoins, le professionnel qui signale doit le faire si le risque qu'une maltraitance ait lieu soit au seuil qui a été établi comme étant le seuil justifiant un signalement aux autorités compétentes. Ce seuil est défini comme « *reasonable suspicion* ». Or, ce terme n'est pas défini (39; 40). Des études ont montré que l'interprétation de ce seuil de probabilité de maltraitance était variable d'un professionnel à l'autre (41; 42). D'autres études se sont intéressées à la méthode d'évaluation par les professionnels de la protection de l'enfance des cas leur étant signalés. Cette problématique est également légèrement différente de la nôtre. La particularité est que cet objectif est le rôle dédié des professionnels mais aussi que, contrairement à notre problématique, dans le même processus d'évaluation, va s'effectuer le choix de l'intervention proposée si elle est jugée nécessaire (43; 44; 45; 46).

En Israël, des équipes hospitalières pluridisciplinaires dédiées ont pour rôle d'évaluer les enfants hospitalisés pour lesquels il existe une suspicion de maltraitance. *Benbenishty* et ses collègues se sont intéressés aux critères pris en compte par ces équipes pour décider si la situation devait faire l'objet d'un rapport, et si tel était le cas, à quel type d'autorité (child welfare community ou CPS/policy, le CPS ayant l'obligation de faire systématiquement un rapport à la police mais sa façon d'intervenir est perçue moins intrusive) c'est à dire au service

social ou judiciaire ce qu'on pourrait comparer à notre système d'information préoccupante et de signalement judiciaire.

Étant donné le peu d'étude retrouvé sur notre exacte problématique, nous présenterons ici également les études portant sur les critères utilisés par les professionnels de la protection de l'enfance pour confirmer ou infirmer les cas de maltraitance suspectés et signalés. Notons par ailleurs que nous n'avons pas trouvé d'étude réalisée en France sur ce sujet, ce qui peut poser la question d'une application des mêmes méthodes et critères en France, étant donné la dimension culturelle dans la définition de la maltraitance.

### **1. Facteurs impliqués dans la décision de faire un rapport à une autorité et à quel type d'autorité**

D'après une étude israélienne multicentrique et prospective (22), les parents présentant une pathologie psychiatrique, des difficultés financières sévères, qui avaient déjà été en contact avec un service de protection de l'enfance par le passé ou si le comportement de l'enfant était suspect, le risque d'être signalé était significativement plus élevé, que cela soit au « *child welfare system* » ou au « *CPS/policy* ». Si l'enfant était adressé à l'hôpital par un professionnel ou si la source du danger n'était pas l'enfant lui-même le risque d'être signalé au « *CPS/policy* » était plus élevé. Le comportement suspect des parents n'était associé à un risque plus élevé de rapport qu'au « *child welfare system* » (22). Cette étude est intéressante d'une part parce qu'elle tente de répondre à la même question que celle que nous nous posons dans le cadre français, mais elle répond également à la question légèrement différente : quand prévenir une autorité (qu'elle soit judiciaire ou administrative) ? De même, les facteurs qui ont menés l'enquêteur de la « *CPS/policy* » ayant reçu les rapports à confirmer la présence ou non d'une maltraitance ont été relevés. A noter que dans cette étude, 53,5% des cas ont été confirmés et qu'il s'agissait majoritairement de négligence (47).

## **2. Facteurs influençant la décision de confirmer la présence d'une maltraitance par les professionnels de la protection de l'enfance parmi les cas signalés**

Les caractéristiques qui semblent le plus fortement associées à la décision de classer la maltraitance comme « confirmée » parmi les cas signalés aux autorités sont les facteurs de vulnérabilités liés aux parents d'après des études menées aux États-Unis, en Israël et au Canada (48; 47; 49; 50; 51).

Les facteurs de vulnérabilités se rapprochent des éléments ayant conduit à la situation de maltraitance. L'OMS propose un modèle décrivant l'interaction de différents facteurs classés en 4 niveaux : facteurs individuels (concernent les caractéristiques de l'enfant et des parents), facteurs relationnels (concernent l'environnement familial), facteurs liés à l'environnement communautaire (correspondent à l'environnement dans lequel évoluent l'enfant et sa famille) et facteurs liés au contexte sociétal (correspondent aux normes de la société dans laquelle se trouve l'enfant). Elle décrit également des facteurs de protection (6) (Annexe 3 : Facteurs de vulnérabilité selon l'OMS).

### **2.1 Facteurs de vulnérabilité liés aux parents.**

La présence de facteurs de vulnérabilité chez les personnes qui s'occupent de l'enfant semble en effet être fortement associée au risque de voir la maltraitance être confirmée, avec de plus un effet cumulatif de ces risques d'après des études menées aux États-Unis et au Canada.

Ces risques sont l'addiction, l'abus ou le mésusage de substance (52; 48; 53; 49; 51), la présence d'un trouble psychiatrique (48; 49; 51), l'antécédent de maltraitance ou violence dans l'enfance (49), un isolement social (49; 51) ou la présence d'une violence domestique (49; 53; 51) dont l'effet cumulatif avec le mésusage de substance a été nettement mis en évidence (53; 51).



## 2.2 Facteurs relatifs à la situation

Pour Trocmé N et al, le facteur le plus impliqué dans la décision de confirmer la présence d'une maltraitance est la nature et la gravité des conséquences sur l'enfant des faits d'après une étude menée en Ontario (52). La gravité des faits est dans cette étude évaluée par la sévérité des conséquences sur l'enfant (échelle allant de l'absence de lésion à lésion fatale), mais également le domaine de ces conséquences (lésions physiques, signe psychique et état de santé global de l'enfant). Le risque que l'évaluateur confirme qu'une maltraitance ait lieu est plus élevé lorsqu'il constate des conséquences sur l'enfant ou qu'il y a un risque de conséquence psychologique (52). En revanche, la présence de lésions physiques diminuerait le risque de confirmation, résultat expliqué par les auteurs par de nombreuses situations d'accident domestique et de punitions disciplinaires inadaptées faisant peut-être moins l'objet d'inquiétude (52).

Par ailleurs, des résultats contradictoires ont été retrouvés concernant l'association entre le fait que le cas suspecté de maltraitance soit confirmé et le type de violence suspecté (51; 54; 55). L'exposition à la violence conjugale, les violences émotionnelles ou la négligence sont, comparativement à la violence physique ou sexuelle, plus souvent confirmées dans des études menées en Ontario (51) au Texas (54), ou en Californie (55). Cependant dans une étude menée sur l'ensemble du Canada, la négligence était moins confirmée que la maltraitance physique (50). Les enquêtes impliquant plus d'une forme de maltraitance étaient deux fois plus confirmées que les violences physiques seules et la présence de signes de préjudice physique ou émotionnel était le facteur le plus fortement associé au risque qu'une maltraitance soit confirmée, et ce pour tous les types de maltraitance (50).

D'autres facteurs semblent intervenir dans la décision de confirmer la présence de maltraitance comme le fait d'avoir été adressé pour suspicion de maltraitance d'après une étude menée en Israël (47) ou encore d'avoir été adressé par un professionnel de santé ou d'un service social ou judiciaire d'après des études menées au Canada (50; 51), en Israël (47) et en Californie (55). L'absence de coopération des parents est également un autre des facteurs qui a été retrouvé comme augmentant le risque de voir la maltraitance confirmée dans plusieurs études (51; 55).

### 2.3 Facteurs socio-économiques

Bien que *Benbenishty et al*, ont montré que les équipes hospitalières en Israël signalaient de façon significativement plus importante les familles avec difficultés financières sévères au service social de secteur ou à la police (22), une étude menée aux Etats-Unis (48) n'a pas mis en évidence ce facteur comme lié à un risque plus élevé de suspicion confirmée ou de placement en famille d'accueil après enquête. Une étude menée en Californie (55) a, quant à elle, montré que le risque de confirmation était moindre pour les revenus moyens par rapport aux faibles revenus (moins de 15000\$ par an).

D'autres études menées en Ontario (52; 51) ont montré que les conditions de vie, c'est-à-dire un logement considéré inadapté : logement social ou refuge, insalubrité, surpeuplé, ou plus de deux déménagements dans l'année, ou le fait de ne plus avoir d'argent pour payer la nourriture ou le logement, pouvaient influencer la décision de confirmer la maltraitance.

*Detlaff AJ et al* se sont également intéressés à l'influence de l'ethnie dans la décision de l'évaluateur (54). Ils ont montré, dans une étude menée au Texas, que dans le modèle où n'était inclus que le revenu, l'ethnie n'avait pas d'impact sur la décision et que la catégorie du plus petit revenu était deux fois plus confirmée que le plus haut revenu. Cependant quand le modèle prenait en compte l'évaluation du risque par l'évaluateur, l'ethnie apparaissait comme facteur associé à la décision, avec augmentation pour les populations noires, hispaniques et autres de voir leurs situations confirmées comme maltraitance par rapport à la population blanche, alors que l'influence du revenu s'inversait c'est-à-dire que les faibles revenus étaient considérés moins à risque. Cette étude suggère que même si le revenu influençait l'évaluation du risque par le travailleur social, ce n'est pas le facteur choisi pour déterminer l'action à entreprendre. Ainsi le seuil décisionnel, celui choisi par l'évaluateur comme étant le seuil de confirmation de maltraitance était déterminé par l'ethnie et qu'il est plus bas pour les populations noires que blanches (54). En Californie, une étude a montré que les populations noires sont plus souvent adressées au service de protection de l'enfance et que la maltraitance est plus souvent confirmée, mais que ces disparités disparaissent et le risque s'inverse après ajustement avec d'autres paramètres socio-économiques (56).

## **2.4 Facteurs liés à l'enfant**

L'âge comme facteur lié à la décision ne fait pas l'unanimité. Pour certains il ne prédit pas la décision (48), pour d'autres le risque est moindre chez l'enfant de moins d'un an (47) et plus important chez l'adolescent (52) pour d'autres ce sont les nourrissons de moins de un an qui sont plus à risque (54; 55). Pour d'autres enfin l'âge est un facteur à prendre en compte selon le type de maltraitance. En effet, il semblerait que les violences physiques soient plus confirmées chez l'enfant plus âgé alors que la négligence et la violence psychologique le sont plus chez le plus jeune enfant (50).

Les caractéristiques liées à l'enfant sont moins fréquemment décrites néanmoins, dans une étude menée en Californie (55), il a été mis en évidence un risque plus élevé de maltraitance classée comme confirmée chez l'enfant né avec une pathologie ou un petit poids de naissance, chez l'enfant né d'un père inconnu, d'une mère avec faible niveau d'éducation ou d'une famille d'au moins 3 enfants.

D'autres facteurs semblent intervenir dans la décision de confirmer la présence de maltraitance comme le fait d'être déjà connu du service social de protection (48) ou encore qu'il existe un antécédent connu de maltraitance chez cet enfant (50; 51; 55).

## **2.5 Facteurs organisationnels et liés à l'évaluateur**

D'après une étude menée dans 88 agences des Etats-Unis, le risque que la maltraitance soit confirmée est plus important lorsque l'évaluateur a plus d'expérience et ce risque est moindre si l'agence collabore avec d'autres institutions ou s'il y a possibilité pour les cas non confirmés de fournir un soutien social (48).

*Trocmé et al*, ont mis en évidence que, bien que son influence sur la décision ne soit pas aussi importante que d'autres facteurs, la taille de l'agence avait malgré tout un impact avec une confirmation plus fréquente des cas traités par une grosse agence que par une petite agence dans leur étude menée dans 15 agences en Ontario (52).

## VI. Hypothèse face à cette problématique et aux connaissances actuelles

Suite à l'état des connaissances actuelles, citées dans le chapitre précédent, sur la prise de décision, nous avons émis l'hypothèse que la décision de signaler la situation aux autorités judiciaires plutôt qu'aux autorités administratives (et *vice versa*) s'appuyait sur plusieurs facteurs appartenant à de grands domaines :

- Facteurs liés à l'enfant, c'est-à-dire à son âge, son sexe et ses antécédents
- Facteurs liés aux parents et à la famille : âge, antécédents, mésusage de substance psychoactive, violence conjugale, structure de la famille,
- Facteurs liés à leur situation socio-économique : situation professionnelle, couverture sociale, logement, soutien familial, mesure de soutien à la parentalité,
- Facteurs liés aux faits et à la situation actuelle de l'enfant : motif de venue à l'hôpital, type de maltraitance suspectée, passage en réanimation ou hospitalisation, délai entre l'arrivée aux urgences et l'envoi de l'écrit, comportement des parents, auteur présumé des faits, lien entre l'enfant et la personne qui l'a amené à l'hôpital, antécédent d'écrit pour l'enfant, présence ou antécédent de mesure de soutien ou de suivi par la PMI, autres cas suspectés de maltraitance dans la fratrie,
- Facteurs liés aux caractéristiques de l'évaluateur : fonction, service d'exercice

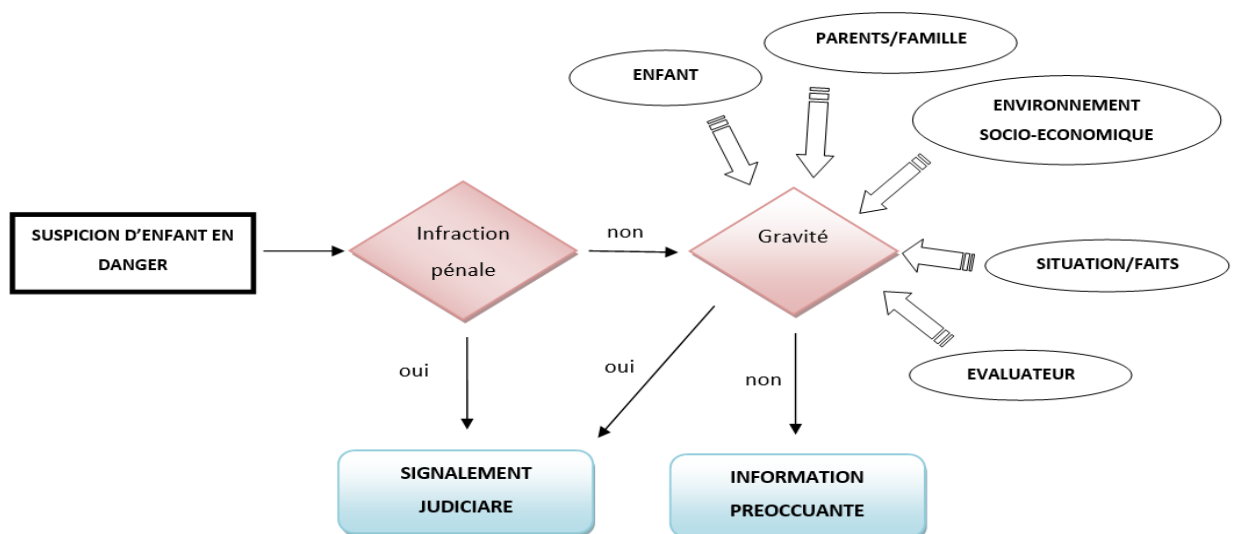


Figure 2 : Schéma représentant le processus d'évaluation et de décision par l'équipe prenant en charge un enfant suspecté être en danger.

## **VII. Objectifs de notre étude**

L'objectif principal de notre étude est de déterminer, parmi les enfants suspectés victimes de maltraitance ou en risque de l'être et signalés aux autorités (que ce soit administratives ou judiciaires), les caractéristiques associées à la décision de signaler la situation aux autorités judiciaires plutôt qu'aux autorités administratives. Ces caractéristiques sont supposées être les caractéristiques médicales, sociales et économiques de l'enfant et de sa famille, ainsi que les caractéristiques de la situation et de l'équipe de soin prenant en charge l'enfant suspecté victime.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire les caractéristiques des enfants suspectés victimes de maltraitance ou en risque de l'être, leur situation et l'équipe de soin prenant en charge l'enfant et rédigeant l'écrit.
- Évaluer l'exhaustivité de l'évaluation c'est-à-dire les caractéristiques et informations concernant l'enfant, sa famille, leur situation sociale et économique recherchées et décrites par l'équipe prenant en charge l'enfant et rédigeant l'écrit.
- Évaluer, en fonction de l'équipe de soin prenant en charge l'enfant, le nombre de données manquantes.

## **VIII. Matériels et méthodes**

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective transversale étudiant les critères des enfants et de leurs familles ayant fait l'objet d'une information préoccupante ou d'un signalement judiciaire dans le service des urgences ou Post-Urgences de l'hôpital des enfants de Bordeaux.

## **1. Population de l'étude**

### a) Les critères d'inclusion étaient :

- Les enfants admis aux urgences ou hospitalisés dans le service Post-Urgences à l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux ;
- Ayant fait l'objet dans ces services d'une information préoccupante ou d'un signalement judiciaire au cours de cette hospitalisation ou lors du passage aux urgences pour lequel le service social a participé ou a été tenu informé ;
- Hospitalisation ou passage aux urgences entre le 01/01/2017 et le 31/12/2018 ;

### b) Les critères d'exclusion étaient :

- Les enfants ayant fait l'objet d'un écrit pour suspicion de violences sexuelles, ces situations devant faire théoriquement l'objet d'un signalement judiciaire d'emblée puisqu'il s'agit d'une infraction pénale.

La liste de l'ensemble des enfants remplissant les critères d'inclusion a été établie à partir des archives du service social du CHU de Bordeaux.

## **2. Variables mesurées**

Nous avons choisi nos critères d'après la littérature internationale et notamment d'après des études s'intéressant au processus décisionnel (22; 54; 48; 47; 55; 46; 56; 50; 53; 49). Les variables dépendantes étudiées étaient :

### a) Les caractéristiques de l'enfant :

- Age de l'enfant,
- Sexe,
- Antécédents médicaux c'est-à-dire si l'enfant est né prématuré ou non et /ou s'il est atteint d'une pathologie chronique,
- Antécédents chirurgicaux : tout acte chirurgical a été pris en compte,
- Antécédents psychiatriques : troubles psychiatriques connus avant le passage aux urgences ou l'hospitalisation,

- Antécédent d'hospitalisation de l'enfant en période néonatale, c'est-à-dire immédiatement après la naissance quel que soit le motif ou la durée de cette hospitalisation,
- Déroulement de la grossesse : grossesse simple versus pathologique. A été considérée comme pathologique une grossesse ayant nécessité un suivi spécialisé ou une hospitalisation pour une complication à risque de menace d'accouchement prématuré, de mort fœtale in utéro ou de mise en danger de la santé de la mère,
- Type de grossesse c'est-à-dire simple ou multiple,
- Nombre de passage aux urgences ou d'hospitalisation au CHU de Bordeaux avant l'écrit depuis la naissance. Par ailleurs, afin d'interpréter cette variable nous avons regardé si le Service d'Accueil des Urgences (SAU) de l'Hôpital des enfants à Bordeaux était le plus proche ou l'un des plus proches par rapport au lieu de résidence des parents (c'est-à-dire s'il était à moins de 10km ou moins de 15minutes de différence avec le SAU le plus proche du domicile).

b) Les caractéristiques des parents et de la famille :

- Age des parents au moment de l'écrit,
- Présence d'une pathologie somatique chronique chez au moins un des deux parents,
- Présence d'une pathologie psychiatrique chez au moins un des deux parents,
- Mésusage d'une substance psychoactive chez au moins un des deux parents, qu'il s'agisse d'alcool ou de stupéfiant. Toute consommation évaluée comme abusive a été prise en compte, sans distinguer l'usage à risque des autres troubles liés à l'usage (avec dépendance ou non),
- Antécédent de sévices dans leur enfance,
- Présence de violence conjugale,
- Nombre d'enfants : nombre total d'enfants y compris demi-frère ou demi-sœur et ceux ne vivant pas au sein du foyer familial de façon permanente,
- Composition de la famille : monoparentale, parents mariés vivant en couple, parents divorcés en garde alternée et/ou famille recomposée.

c) Les caractéristiques liées à la situation socio-économique de la famille

- Situation professionnelle : présence ou non d'un emploi chez l'un ou les deux parents,
- Couverture sociale : mutuelle privée, Couverture Médicale Universelle (CMU), Aide Médicale d'Etat (AME), Aide Complémentaire Santé (ACS),
- Condition de logement : logement personnel, hébergement chez de la famille/amis, foyer ou hébergement d'urgence par le 115,
- Présence de soutien familial : soit constatation par l'équipe de soins de la présence d'un ou plusieurs membres de la famille au cours du séjour de l'enfant, soit déclaration par les parents de la présence d'un entourage familial au premier ou deuxième degré : parents, oncle/tante, frère/sœur, grands-parents ou à l'inverse d'un isolement ou l'absence d'aide ou support familial,
- Présence ou antécédent d'enfant placé dans la fratrie,
- Présence ou antécédent pour un autre membre de la fratrie soit d'un suivi par la Protection Maternelle et infantile (PMI) (suivi déclaré par le service de PMI sans précision du motif ni de la fréquence) soit d'une mesure de soutien comme de Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F.), ou d'Auxiliaires de Vie Sociale et familiale (A.V.S.) soit d'une mesure d'aide éducative soit d'une mesure de placement.

d) Les caractéristiques de la situation actuelle :

- Motif principal de venue de l'enfant: symptômes physiques comprenant les signes en rapport avec un problème médical ou de traumatologie, symptômes psychiatriques, trouble dans le développement psychomoteur ou staturo-pondéral de l'enfant ou inquiétude de l'entourage (familial, social, médical ou scolaire) sur un danger ou risque de danger (concernant la santé physique, mentale, la moralité ou la sécurité) auquel l'enfant serait exposé,
- Enfant amené ou adressé aux urgences par un adulte dont l'inquiétude principale ou secondaire est la présence d'un danger ou risque de danger concernant cet enfant (comme par exemple un enfant présentant un traumatisme nécessitant



des soins, mais dont une des causes possibles évoquées à l'arrivée aux urgences est la présence d'un danger ou risque de danger concernant cet enfant),

- Type de maltraitance suspectée lors de la rédaction de l'écrit par l'équipe prenant en charge l'enfant : physique, psychologique, négligence. Plusieurs formes pouvaient être présentes simultanément chez un même enfant,
- État de santé nécessitant un passage en réanimation ou non, et nécessitant ou non une hospitalisation,
- Délai entre la date d'entrée à l'hôpital et l'envoi de l'écrit,
- Antécédent d'un ou des plusieurs écrits pour cet enfant : information préoccupante, signalement judiciaire ou les deux. Tout écrit a été pris en compte (peu importe le devenir c'est-à-dire en attente de décision ou classé sans suite),
- Mesure de soutien dont la famille a bénéficié ou bénéficie actuellement pour l'enfant évalué telle que : la présence de Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F.) ou d' Auxiliaires de Vie Sociale et familiale (A.V.S.), ou de mesure d'aide éducatives à domicile telles que des mesures d'Actions Éducatives à Domicile (A.E.D.) dans le domaine administratif, ou des mesures relevant du champ judiciaire comme des Actions Éducatives en Milieu Ouvert (A.E.M.O.), des A.E.M.O. renforcées pour les adolescents, ou d'Accompagnement Éducatif Intensif à Domicile (A.E.I.D.),
- Le fait que l'enfant évalué est ou a été suivi par un service de PMI, quel que soit le motif,
- La présence d'autres cas suspectés dans la fratrie de l'enfant c'est-à-dire autre enfant du père et/ou de la mère ayant fait l'objet d'une information préoccupante et/ou d'un signalement judiciaire, ou propos rapportés par l'enfant concernant des violences envers ses frères/sœurs ou autres membres de la fratrie ayant consulté pour des symptômes suspectés être liés à des sévices,
- Perception du comportement des parents au cours du séjour évalué par le personnel prenant en charge l'enfant : adapté ou inadapté, c'est-à-dire agressivité vis-à-vis du personnel ou opposition à la prise en charge,
- Auteur présumé des faits lorsqu'il est connu et son lien avec l'enfant : soit avec de l'auteur ou de l'enfant, soit personnel médical témoin de fait ou propos au cours de l'hospitalisation. Pour les situations ne concernant pas des sévices

infligés « intentionnellement » (accident domestique, négligence, présence de conduite à risque ou manifestation psychiatrique chez l'enfant), la ou les personnes en charge de l'enfant au moment des faits étaient considérés comme auteur des faits,

- Personne qui a amenée l'enfant aux urgences et son lien avec l'enfant,
- Examens complémentaires pratiqués chez l'enfant à son arrivée aux urgences et au cours de l'hospitalisation.

e) Les professionnels évaluant la situation :

- Fonction : médecin, psychologue, ou assistante sociale,
- Service effectuant l'écrit : urgences pédiatriques ou service du Post-Urgences.

### **3. Mode de recueil**

Le mode de recueil a été rétrospectif sur les dossiers médicaux et les dossiers du service social concernant le service des urgences pédiatriques et le service Post-Urgences. Les dossiers du service social étaient sous format papier, les dossiers médicaux informatisés. Les dossiers du service social étant classés par année et par service ils comptaient toutes les interventions de l'assistante sociale. Ils comprenaient l'entretien de l'assistante sociale avec une description de la famille et de son fonctionnement, le motif d'hospitalisation et les réactions et comportements de la famille et de l'enfant. Parfois un double de l'écrit du psychologue, de la psychiatre et/ou du médecin ayant pris en charge l'enfant était présent. Afin de compléter les informations, notamment médicales et paramédicales, nous avons également utilisé le dossier médical informatisé de l'enfant pour avoir notamment accès aux antécédents, aux écrits des médecins parfois réalisés mais non inclus dans le dossier de l'assistante sociale, aux professions des parents parfois non renseignées dans le dossier social, et au comportement parental décrit par les puéricultrices et médecins lors du séjour.

#### **4. Analyses statistiques**

Le logiciel SAS (SAS version 9.4, SAS Institute Inc, Cary, Caroline du Nord, États-Unis) a été utilisé pour l'analyse des données. Les données qualitatives ont été décrites en pourcentage. Pour les données quantitatives, la médiane et l'espace inter quartile (IQR) ont été rapportés. Les variables appartenant aux cinq domaines identifiés (caractéristiques de l'enfant, caractéristiques des parents et de la famille, environnement social, évaluation de l'équipe et évènement actuel) ont été comparés en univarié selon le groupe d'enfants signalés aux autorités judiciaires et les enfants ayant fait l'objet d'une information préoccupante. Le test de Fisher ou le test  $\chi^2$  selon les conditions d'application du test ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives. Le test de Mann et Whitney/Wilcoxon a été utilisé pour comparer les variables quantitatives. En cas de corrélation entre deux variables explicatives, le choix d'une variable entre les deux variables corrélées a été effectué ou une variable combinée a été créée. Des modèles de régression logistique multivariée ont été utilisés pour modéliser la probabilité de faire un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante dans chacun des cinq domaines séparément. Par la suite, chaque variable ayant une valeur  $p < 0,25$  dans les modèles multivariés de chaque domaine a été introduite dans un modèle de régression logistique multivariée globale. Une procédure manuelle a été réalisée pour obtenir le modèle final avec des variables ayant une valeur  $p < 0,25$ . Nous avons analysé les données manquantes en raison de leur grand nombre. Nous avons comparé les variables comportant plus de dix données manquantes selon la participation du psychologue ou non, la participation du médecin ou non, la participation de l'assistante sociale ou non et le service hospitalier (urgences pédiatriques ou service hospitalier Post-Urgence).

#### **5. Aspect réglementaire**

Compte tenu du caractère rétrospectif et observationnel de l'étude, une intervention du CPP n'était pas requise.

Au vu des pièces qu'il avait à sa disposition, le Groupe Publication du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux a émis un avis favorable à la publication de ce travail de recherche (avis GP-CE2019-29).

## **IX. Résultats**

83 enfants ont fait l'objet d'un signalement judiciaire ou d'une information préoccupante aux urgences/Post-Urgences du CHU de Bordeaux au cours de l'année 2017 et 2018. Sur les 83 écrits : 36 étaient des informations préoccupantes et 47 des signalements judiciaires. 28 écrits ont été fait par l'équipe des urgences et 55 dans le service Post-Urgences.

Les quatre cas où un écrit a été fait par le service des urgences ou Post-Urgences pour le même enfant dans la période du recueil n'ont été comptés qu'une fois (3 cas d'informations préoccupantes et un cas de signalements judiciaires multiples par ces services dans la période de recueil). De même, le cas où une information préoccupante a été faite par l'assistante sociale mais suivie d'un signalement par le médecin n'a été compté qu'une fois comme signalement judiciaire.

### **1. Description de la population**

#### **Concernant l'enfant :**

Les antécédents médicaux retrouvés étaient : une prématurité pour quatre des enfants (dont une prématurité compliquée d'une entérocolite ulcéro-nécrosante et une d'une détresse respiratoire). Six enfants étaient asthmatiques, dont deux étaient des prématurés, et deux avaient de l'eczéma. Trois enfants présentaient un Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU) dont un dans le cadre d'un Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) et l'autre dans le cadre d'une prématurité. Un enfant avait un retard de croissance, un avait une drépanocytose, un avait une arthrite juvénile idiopathique avec syndrome restrictif pulmonaire, deux enfants étaient obèses dont un diabétique, un présentait une microcéphalie avec hémiparésie droite, un enfant avait un retard de développement psychomoteur, et un enfant était greffé rénale sur une insuffisance rénale chronique.

Concernant les antécédents chirurgicaux il s'agissait de trois amygdalectomies, une cryptorchidie, un strabisme et un phimosis.

Les antécédents psychiatriques comprenaient des tentatives de suicide pour trois enfants, des troubles du comportement pour cinq et des troubles anxieux pour un.

Les motifs d'hospitalisations de l'enfant au décours immédiat de la naissance étaient pour trois d'entre eux en rapport avec une prématurité, pour l'un à la surveillance d'un Syndrome d'Alcoolisation Fœtal, pour l'un à une infection à *Haemophilus* chez un enfant insuffisant rénale et pour un une anoxo-ischémie néonatale. Ils ont tous été hospitalisés dans le service de néonatalogie, pour une durée allant de sept jours pour le minimum et de 30 jours pour le maximum.

Concernant le déroulement de la grossesse, trois étaient pathologiques (une Menace d'Accouchement Prématuré (MAP), un diabète gestationnel, une pré-éclampsie), une n'était pas désirée et était une grossesse gémellaire.

Parmi les enfants étudiés, 47 n'avaient jamais été hospitalisés ou n'étaient jamais passés aux urgences pédiatriques du CHU, sachant que pour 23 il s'agissait de l'hôpital le plus proche de leur domicile à 10km ou à 15 minutes près et pour 34 enfants il existait un service d'urgences pédiatriques plus proche que celui du CHU. Un enfant avait été hospitalisé 19 fois dans le cadre d'une drépanocytose, onze avaient été hospitalisés une fois avant l'épisode (trois pour un motif de traumatologie ou brûlure, cinq pour des motifs médicaux). Quatre enfants étaient passés deux fois aux urgences (deux pour motifs médicaux et un pour IMV). Cinq enfants avaient trois passages aux urgences (quatre pour des motifs médicaux, un pour un motif de traumatologie). Cinq enfants sont passées aux urgences entre quatre et huit fois pour des motifs de traumatologie et médicaux. La donnée était manquante pour dix enfants.

#### **Concernant les parents et la famille:**

Les âges médians des parents étaient de 32,5 ans pour la mère (espace interquartile [26,5;36,5], 27 données manquantes) et de 36 ans pour le père (espace interquartile [30;42], 34 données manquantes) au moment où l'écrit a été rédigé. La mère la plus jeune était âgée de 14 ans et le père le plus âgé avait 64 ans.

Onze parents présentaient des troubles psychiatriques connus dont huit concernaient la mère. Cinq étaient des dépressions et trois des troubles bipolaires et pour trois mères des troubles du comportement non étiquetés. La présence de pathologie(s)

organique(s) chez au moins un parent concernait cinq familles : pour quatre il s'agissait d'une pathologie concernant uniquement la mère (une fibromyalgie, une petite taille génétique, un handicap moteur, une maladie d'EHLER DANLOS) et pour une famille les deux parents du couple étaient concernés (leucémie pour la mère et le père bénéficiait de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) mais le motif n'était pas décrit).

Pour douze couples de parents une addiction actuelle ou antérieure était identifiée chez au moins un des deux parents. Cinq concernaient une addiction chez la mère (alcool, et/ou Subutex et/ou benzodiazépine). Pour deux cas il s'agissait d'une dépendance à l'alcool chez le père, et pour trois cas d'une dépendance chez les deux parents (cannabis pour deux couples, et alcool pour l'autre). Dans deux cas une consommation ou un abus à l'alcool était suspectée car il s'agissait d'un antécédent connu chez ses deux patientes, mais la dépendance actuelle lors de l'évaluation n'a pas été recherchée ni confirmée. Dans ces deux cas, les patientes ont été considérées comme ayant une dépendance.

Sept parents ont déclaré avoir subi des sévices dans leur enfance sans en préciser la nature sauf pour un père qui a déclaré avoir subi des violences physiques et sexuelles. Dans trois cas la mère avait été victime de maltraitance et placée en famille, dans un cas la victime était le père, dans un cas les deux parents avaient subi des sévices, et pour une situation la victime (père ou mère) n'était pas identifiée. Pour 76 parents aucune information sur l'enfance n'a été retrouvée.

Sur les 83 cas, 18 situations de violences conjugales actuelles ou passées ont été repérées par les intervenants ou ont été signalées à l'assistante sociale. Parmi ces 18 situations, quatre femmes avaient été victimes antérieurement de violences conjugales, et pour trois d'entre elles il s'agissait du père biologique de l'enfant évalué.

Le nombre médian d'enfants était de deux par foyer (espace interquartile [2;3]). Quatorze familles étaient composées de quatre enfants ou plus, 29 familles avaient deux enfants, 19 en avaient trois et pour 19 familles l'enfant était enfant unique. Pour deux familles nous n'avions pas d'information sur la fratrie.

Parmi les sept familles monoparentales, il s'agissait de la mère dans cinq situations et du père dans deux situations dont une où le père n'était pas le père biologique mais le tuteur à la demande de la famille vivant à l'étranger.

**Tableau 1 : Description de l'enfant et des parents étudiés (N=83)**

Variables	N(%)	Donnée manquante
<b>Sexe de l'enfant</b>		0
Fille	37(44.58)	
Garçon	46(55.42)	
<b>Age de l'enfant</b>		0
Moins de un an	18(21.69)	
Entre un an et 10 ans révolus	39(46.99)	
Plus de 10 ans	26(31.32)	
<b>Antécédents médicaux chez l'enfant</b>		6
Oui	20(25.97)	
Non	57(74.03)	
<b>Antécédents chirurgicaux chez l'enfant</b>		5
Oui	6(7.69)	
Non	72(92.31)	
<b>Antécédents psychiatriques chez l'enfant</b>		4
Oui	9(11.39)	
Non	70(88.61)	
<b>Hospitalisation de l'enfant en néonatalogie</b>		41
Oui	6(14.29)	
Non	36(85.71)	
<b>Type de grossesse</b>		59
Simple	23(95.83)	
Multiple	1(4.17)	
<b>Déroulement médical de la grossesse<sup>1</sup></b>		59
Simple	21(87.50)	
Pathologique	3(12.50)	
<b>Composition familiale</b>		0
Mariés vivant en couple	36(43.37)	
Parents divorcés (garde alternée/famille recomposée)	40 (48.20)	
Monoparentale	7(8.43)	
<b>Pathologie somatique chez un des parents</b>		57
Oui	5(19.23)	
Non	21(80.77)	
<b>Pathologie psychiatrique chez un des parents</b>		55
Oui	11(39.29)	
Non	17(60.71)	
<b>Mésusage de substance chez un des parents<sup>2</sup></b>		54
Non suspectée	17(58.62)	
Oui	12(41.38)	

1. Déroulement de la grossesse : grossesse simple versus pathologique. A été considérée comme pathologique une grossesse ayant nécessité un suivi spécialisé ou une hospitalisation pour une complication à risque de menace d'accouchement prématuré, de mort fœtale in utéro ou de mise en danger de la santé de la mère.

**2. Mésusage d'une substance psychoactive chez au moins un des parents qu'il s'agisse d'alcool ou de stupéfiant. Toute consommation évaluée comme abusive a été prise en compte sans distinguer l'usage à risque des autres troubles liés à l'usage (avec dépendance ou non).**

**Concernant la situation sociale et économique de la famille :**

Dans 74% des cas où un des parents étaient sans emploi il s'agissait de la mère. Le père était sans activité professionnelle dans quatre cas. Par ailleurs, pour un cas le père était retraité et ne vivait pas en France, pour un autre cas nous n'avions pas d'information sur la profession du père.

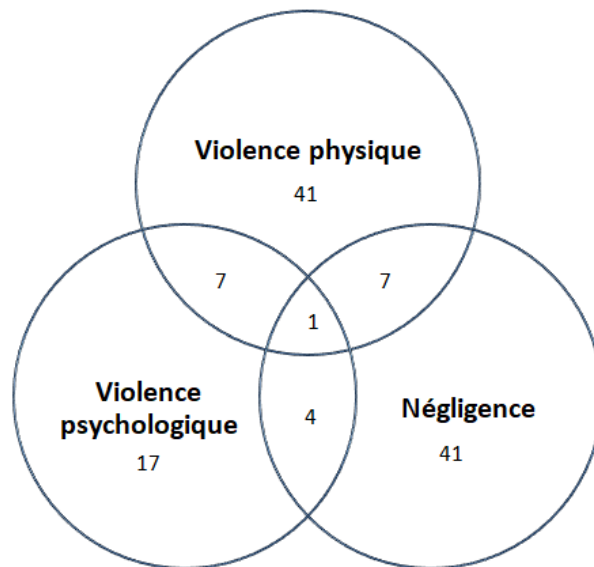
Une famille était hébergée à l'hôtel par le 115, sept habitaient chez de la famille, trois femmes étaient en foyer, et pour 12 familles nous n'avions pas d'information sur le logement.

Concernant les aides ou soutien à la parentalité pour d'autres membres de la fratrie : 12 familles en bénéficiaient ou en avaient bénéficié. Pour huit familles, un ou plusieurs membres de la fratrie étaient placés, une famille bénéficiait d'une AED pour un des membres de la fratrie et trois familles étaient suivies par un service de PMI.

**Concernant la situation évaluée :**

Parmi les recours aux urgences pour un problème de santé physique, 57,5% concernaient un motif de traumatologie et 42,5% un problème médical. À leur arrivée à l'hôpital, 29 enfants présentaient des marques actuelles de traumatismes physiques. Parmi eux, trois avaient des brûlures, 12 avaient des fractures (dont un avec des fractures multiples et un avec une fracture du crâne), 11 avaient de multiples contusions sans fractures et trois des plaies. Parmi les 19 motifs psychiatriques, deux étaient une alcoolisation aigue, trois une Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV), sept des idées suicidaires ou mise en danger/scarifications, trois une crise clastique, trois des troubles du comportement et une enfant avait été retrouvée par les gendarmes suite à sa disparition : elle présentait une amnésie des faits avec des symptômes dissociatifs. Les trois troubles de développement concernaient une cassure du poids ou une mauvaise prise de poids.





**Figure 3 : Diagramme présentant la répartition des types de violences suspectées. Le chiffre correspond au nombre d'enfants concernés en valeur absolu.**

Quatorze enfants avaient été adressés aux urgences pour une inquiétude de l'entourage quant à un danger ou risque de danger concernant sa santé physique ou mentale, sa sécurité ou sa moralité. Parmi eux, deux enfants nécessitaient un hébergement d'urgence (l'un car la mère était sans logement et l'autre car sa mère était actuellement hospitalisée en psychiatrie) et cinq cas témoignaient d'une mise en danger de l'enfant par les parents (dont deux situations impliquaient la consommation de toxiques chez les parents au moment des faits, une fugue des urgences avec l'enfant malade, une enfant retrouvée seule dans la rue et une absence de suivi médical). Une enfant avait fugué du domicile révélant y subir des sévices. Pour deux enfants le motif d'inquiétude était lié à la présence de violences conjugales au domicile, et pour quatre situations lié aux propos de l'enfant rapportant des sévices (trois enfants étaient adressées par l'école ou le médecin traitant et un enfant a été amené par son père après déclaration de violences subies par sa mère).

Parmi les 83 enfants amenés aux urgences, 90% ont nécessité une hospitalisation, un cas a nécessité un passage en réanimation et sept n'ont pas été hospitalisés après leur passage aux urgences.

La médiane du délai entre l'arrivées aux urgences et l'écrit était de deux jours, avec un espace interquartile de [1;4] (cinq données manquantes). Pour cinq situations le délai

était de plus de 30 jours. Pour trois de ces cinq situations, il s'agissait d'enfants avec une pathologie chronique (une drépanocytose, un diabète, une arthrite juvénile) pour laquelle les parents n'honoraient pas les rendez-vous médicaux ou ne donnaient pas correctement le traitement aux enfants.

Lors de l'écrit, huit enfants bénéficiaient d'une aide de type soutien à la parentalité ou mesure d'aide éducative. Deux familles bénéficiaient d'une mesure de soutien de type TISF, cinq enfants bénéficiaient d'une aide éducative (une d'une AED et quatre d'une AEMO) et un enfant était placé en famille d'accueil. Trois enfants avaient bénéficié d'une AEMO par le passé dont un avait été placé en foyer chez ses grands-parents avant de retourner auprès de ses parents.

Parmi les enfants suspectés en danger et évalués, 25 avaient déjà fait l'objet d'au moins un écrit. Onze avaient fait l'objet d'une information préoccupante, neuf d'un signalement judiciaire et cinq de deux écrits. Trois avaient abouti à des non-lieux, trois à des AEMO, un à une AED, un était en attente de la mise en place d'AED, un avait abouti au placement, et cinq étaient en attente de décision. Pour onze enfants nous n'avions pas d'information quant au devenir de l'écrit qui avait été réalisé par le passé. 49% des enfants n'avaient pas d'écrit en cours ou passé et pour 34 situations cette information était manquante.

Dans huit cas il y avait d'autres cas de suspicion de maltraitance dans la fratrie, pour huit autres aucun cas n'était connu et pour 80,7% des situations nous n'avions pas d'information sur la fratrie.

L'identité de l'auteur présumé a été préjugée dans 70 situations, et dans 93% de ces situations il s'agissait d'un des parents de l'enfant. Dans 25 cas la mère était l'auteur présumé, dans 16 cas c'était le père et dans 24 cas les deux parents étaient les auteurs présumés dont huit cas concernaient des conflits et violences conjugales. Dans un cas l'auteur était un membre de la fratrie. Dans trois cas il s'agissait du beau-père et un dans un cas d'amis de l'enfant. Par ailleurs, douze parents ont admis les faits décrits par l'enfant. Trois mères ont déclaré que le père ou beau-père était violent, dans deux situations les parents ont déclaré qu'un membre de la fratrie était violent envers l'enfant, un père a déclaré qu'il s'agissait de son modèle éducatif, cinq parents ont déclaré avoir été négligents dont deux étaient en demande d'aide et trois disaient se sentir coupables de l'accident qui les avait amenés à consulter.

**Tableau 2 : Description des critères socio-économiques et de la situation évaluée (N=83)**

Variables	N(%)	Donnée manquante
<b>Situation professionnelle des parents</b>		14
Les deux parents ou le parent isolé sans emploi	20 (28.99)	
Un des parents est sans emploi	23 (33.33)	
Les deux parents ont un emploi	26(37.68)	
<b>Couverture sociale<sup>1</sup></b>		10
Mutuelle privée	39(53.42)	
CMU	32(43.84)	
AME	1(1.37)	
ACS	1(1.37)	
<b>Présence de soutien familial<sup>2</sup></b>		42
Oui	30(73.17)	
Non	11(26.83)	
<b>Un des membres de la fratrie est ou a été placé</b>		33
Oui	8(16.00)	
Non	42(84.00)	
<b>Mesure de soutien pour un membre de la fratrie<sup>3</sup></b>		38
Oui	12(26.7)	
Non	33(73.3)	
<b>Motif principal de venue de l'enfant à l'hôpital</b>		0
Symptômes physiques (médicaux et/ou traumatiques)	47(56.6)	
Symptômes psychiatriques	19(22.9)	
Problème de développement	3(3.6)	
Inquiétude de l'entourage	14(16.9)	
<b>Aide à la parentalité pour l'enfant évalué</b>		23
Non	49(81.7)	
Oui par le passé	3 (5.0)	
Oui et en cours	8(13.3)	
<b>Enfant suivi par la PMI<sup>4</sup></b>		26
Non	36(63,2)	
Oui	21(36.8)	
<b>Perception du comportement parental lors du séjour<sup>5</sup></b>		15
Adapté	43(63.24)	
Non adapté	25(36.76)	
<b>Personne qui a amenée l'enfant à l'hôpital</b>		2
Un ou les deux parents	59(72.84)	
Autre	22(27.16)	

1. CMU (Couverture Maladie Universelle), AME (Aie Médicale d'Etat), ACS (Aide Complémentaire Santé)

2. Présence de soutien familial : soit constatation par l'équipe de soins de la présence d'un ou plusieurs membres de la famille au cours du séjour de l'enfant, soit déclaration par les parents de la présence d'un entourage familial au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré : parents, oncle/tante, frère/sœur, grands-parents ou à l'inverse d'un isolement ou l'absence d'aide ou support familial.

3. Présence ou antécédent pour un autre membre de la fratrie soit d'un suivi par la PMI (suivi déclaré par le service de PMI sans précision du motif ni de la fréquence) soit d'une mesure de soutien comme de

Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F.), ou d'Auxiliaires de Vie Sociale et familiale (A.V.S.) soit d'une mesure d'aide éducative soit d'une mesure de placement

4. PMI : Protection Maternelle et Infantile. Est un des services départementaux chargé de la protection administrative de l'enfant avec le service d'action sociale et le service de l'aide sociale à l'enfance. Le suivi pouvait être actuel ou avoir eu lieu par le passé.

5. Perception du comportement des parents au cours du séjour évalué par le personnel prenant en charge l'enfant : adapté ou inadapté, c'est-à-dire agressivité vis-à-vis du personnel ou opposition à la prise en charge.

### Concernant les évaluateurs :

Dans dix cas il n'y avait pas de participation à l'écrit de la part d'un médecin prenant en charge l'enfant. Dans sept cas l'assistante sociale a été informée mais n'a pas participé à l'écrit. Dans 23% des situations un psychologue est intervenu.

Dans 73 cas un médecin a participé à l'écrit, dans quatre situations il a été fait par plusieurs médecins. Lorsqu'un médecin participait, il s'agissait de femme dans 47 situations et d'hommes dans 14 situations. Un pédopsychiatre a participé à l'écrit dans 13 situations.

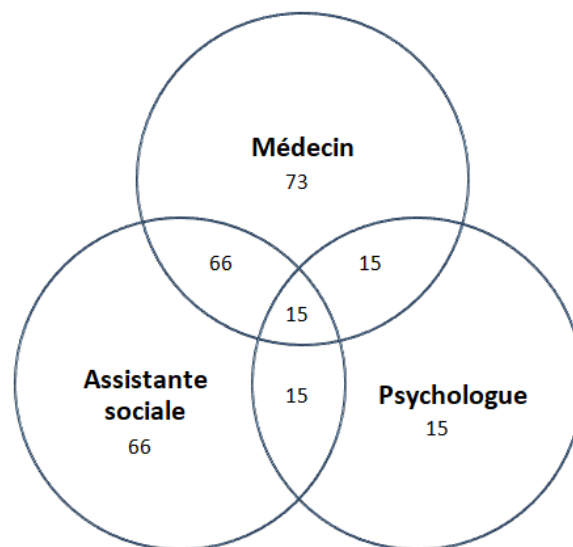


Figure 4 : Diagramme représentant le nombre de situations ayant bénéficiées ou non de la participation d'un médecin, d'une assistante sociale et/ou d'un psychologue

### **Concernant les examens complémentaires réalisés chez ces enfants :**

Quatorze enfants soit 17.1% des enfants ont eu un bilan radiologique : onze ont eu une radiographie du squelette entier dont l'un a également bénéficié d'une scintigraphie osseuse. Ils étaient âgés de moins de deux ans pour neuf d'entre eux dont huit avaient moins d'un an. Trois enfants n'ont eu qu'une scintigraphie osseuse, ils étaient tous âgés de plus de trois ans. Chez un enfant, la radiographie squelette entier a permis de révéler deux fractures occultes.

Parmi les 12 enfants ayant bénéficiés d'une imagerie cérébrale, aucun n'avait d'hémorragie intracérébrale mais un avait une fracture du crâne. Sept enfants ont eu un fond d'œil, dont cinq enfants étaient âgés de moins de deux ans.

Parmi les 12 enfants ayant eu un bilan de coagulation aucun trouble de la coagulation n'a été retrouvé. Les bilans de coagulation réalisés étaient le dosage des plaquettes, du TP, du TCA et du fibrinogène. Un seul enfant a eu une recherche de certains facteurs spécifiques de la coagulation.

**Tableau 3 : Description des examens complémentaires effectués chez les enfants (N=82)**

Variable	N(%)	Donnée manquante
<b>Imagerie cérébrale</b>		<b>1</b>
Non	70(85.4)	
Échographie transfontanellaire	4(4.9)	
Scanner	5(6.1)	
IRM +/- scanner	3(3.6)	
<b>Toxique urinaire et/ou sanguin</b>		<b>1</b>
Oui	11(13.4)	
Non	71(86.6)	
<b>Au moins un examen complémentaire<sup>1</sup></b>		<b>1</b>
Oui	54(65.9)	
Non	28(34.1)	
<b>Photographie</b>		<b>2</b>
Oui	12(14.8)	
Non	69(85.1)	
<b>Échographie abdominale</b>		<b>1</b>
Oui	7(8.5)	
Non	75(91.5)	
<b>Radiographies localisées</b>		<b>1</b>
Oui	11(13.4)	
Non	71(86.6)	
<b>Bilan hépatique</b>		<b>1</b>
Oui	13(15.9)	
Non	69(84.1)	
<b>Bilan thyroïdien</b>		<b>1</b>
Oui	10(12.2)	
Non	72(87.8)	
<b>Vitamine D</b>		<b>1</b>
Oui	6(7.3)	
Non	76(92.7)	
<b>PTH (parathormone)</b>		<b>1</b>
Oui	3(3.7)	
Non	79(96.3)	

1. L'enfant a bénéficié d'au moins un examen complémentaire parmi les examens biologiques ou d'imagerie.

**2. Comparaison des caractéristiques médico-socio-économiques de l'enfant et de sa famille ainsi que de la situation et de l'équipe prenant en charge l'enfant en fonction du type d'écrit réalisé en analyse univariée.**

**Concernant l'enfant :**

Aucun des critères liés à l'enfant n'étaient significativement associés au choix de l'écrit (sexe :  $p=0,5153$ , antécédents médicaux :  $p=1$ , antécédents chirurgicaux :  $p=0,8440$ , antécédents psychiatriques :  $p=1$ , déroulement de la grossesse :  $p=0,5331$ , type de grossesse :  $p=1$ , antécédent d'hospitalisation pendant la période néonatale :  $p=0,6852$ ).

**Tableau 4 : Caractéristiques médico-socio-économique des parents et de la famille associées soit à un signalement judiciaire soit à une information préoccupante en analyse univariée.**

Variable	Type d'écrit		p
	Information préoccupante N(%)	Signalement judiciaire N(%)	
<b>Pathologie psychiatrique chez un des parents</b>			0,4601
Oui	4 (33,3)	7(43,8)	
Non	8 (66,7)	9 (56,2)	
<b>Composition de la famille</b>			0,6121
Marié/couple	18(50,0)	18(38,3)	
Divorcés/garde alternée	14 (38,9)	26 (55,3)	
Monoparentale	4 (11,1)	3 (6,4)	
<b>Mésusage de substance chez un des parents<sup>1</sup></b>			0,8219
Non	7(63,6)	10 (52,6)	
Oui	4(36,4)	8(42,1)	
<b>Situation professionnelle des parents</b>			0,0578
Les 2 parents ou le parent isolé sans emploi	10(35,7)	10(24,4)	
Un des parents est sans emploi	5(17,9)	18(43,9)	
Les 2 parents ont un emploi	13(46,4)	13(31,7)	
<b>Soutien familial<sup>2</sup></b>			0,7158
Oui	12(80)	18(69,2)	
Non	3(20)	8(30,8)	
<b>Un membre de la fratrie est/a été placé</b>			0,1343
Oui	1(5,3)	7(22,6)	
Non	18(94,7)	24(77,4)	
<b>Mesure de soutien pour la fratrie<sup>3</sup></b>			0,3458
Oui	2(12,5)	10(34,5)	
Non	14(87,5)	19(65,5)	

1. Mésusage d'une substance psychoactive chez au moins un des parents qu'il s'agisse d'alcool ou de stupéfiant. Toute consommation évaluée comme abusive a été prise en compte, sans distinguer l'usage à risque des autres troubles liés à l'usage (avec dépendance ou non)
2. Présence de soutien familial : soit constatation par l'équipe de soins de la présence d'un ou plusieurs membres de la famille au cours du séjour de l'enfant, soit déclaration par les parents de la présence d'un entourage familial au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré : parents, oncle/tante, frère/sœur, grands-parents ou à l'inverse d'un isolement ou l'absence d'aide ou support familial.
3. Présence ou antécédent pour un autre membre de la fratrie soit d'un suivi par la PMI (suivi déclaré par le service de PMI sans précision du motif ni de la fréquence) soit d'une mesure de soutien comme de Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F.), ou d'Auxiliaires de Vie Sociale et familiale (A.V.S.) soit d'une mesure d'aide éducative soit d'une mesure de placement

**Concernant les parents, la famille et leurs caractéristiques socio-économiques :**

La présence de pathologie organique chez les parents ( $p=1$ ), l'antécédent de sévices dans leur enfance ( $p=1$ ) ou de violence conjugale au sein du foyer ( $p=1$ ) n'étaient pas significativement associés à la décision de faire un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante. Le fait que la famille ait déjà bénéficié ou bénéficie actuellement d'aide de type soutien à la parentalité ( $p=0,3395$ ) ou qu'elle soit ou ait été suivie par la PMI ( $p=0,2563$ ) n'était pas significativement associé au choix de l'écrit.

**Tableau 5 : Comparaison de l'âge des parents, du nombre d'enfants, du délai de l'écrit et du nombre de passage aux urgences en fonction du type d'écrit en analyse univariée.**

Variables	Type d'écrit				p
	Information préoccupante		Signalement judiciaire		
	médiane	espace interquartile	médiane	espace interquartile	
<b>Nombre d'enfants</b>	2	[1;3]	2	[2;3]	0,5545
<b>Âge mère (années)</b>	33	[27;36]	32	[25;38]	0,9202
<b>Âge père (années)</b>	36	[33;43]	34,5	[28;42]	0,4012
<b>Délai écrit (jours)</b>	2	[1;5]	2	[1;4]	0,7554
<b>Nombre de passage aux urgences</b>	0	[0;2]	0	[0;1]	0,5946



**Concernant la situation évaluée et l'équipe prenant en charge l'enfant :**

Le fait de suspecter un autre cas simultané de maltraitance chez un autre membre de la fratrie ( $p=0,3147$ ), de connaître l'auteur présumé des faits ( $p=0,1720$ ), et son lien avec l'enfant ( $p=0,6559$ ), la nécessité ou non d'hospitaliser l'enfant ( $p=0,8276$ ), ou l'inquiétude quant à un danger par la personne amenant l'enfant à l'hôpital ( $p=0,1138$ ) n'étaient pas significativement associés au choix de l'écrit.

**Tableau 6 : Caractéristiques de la situation associées au choix du type d'écrit en analyse univariée.**

Variable	Type d'écrit		p
	Information préoccupante N(%)	Signalement judiciaire N(%)	
<b>Motif principal de venue de l'enfant à l'hôpital<sup>1</sup></b>			0,2290
Symptômes physiques	21(58.30)	27(57.40)	
Symptômes psychiatriques	11(30.60)	8(17.00)	
Problème de développement	0(0.00)	2(4.30)	
Inquiétude de l'entourage	4(11.10)	10(21.30)	
<b>Suspicion de présence de violence physique</b>			<b>0,0001</b>
Non	27 (75.00)	15 (32.0)	
Oui	9 (25.00)	32 (68.0)	
<b>Suspicion de présence de violence psychologique</b>			<b>0.0347</b>
Non	31 (86.10)	35 (74.50)	
Oui	5 (13.20)	12 (25.50)	
<b>Suspicion de présence de négligence</b>			<b>0,0079</b>
Non	12 (33.30)	30 (63.80)	
Oui	24 (66.70)	17 (36.10)	
<b>Antécédent d'écrit pour cet enfant</b>			<b>0,0153</b>
Oui	5(13.90)	20(42.60)	
Non	12(33.30)	12(25,50)	
Information non connue	19(52.80)	15(31,90)	
<b>Comportement parental lors du séjour</b>			<b>0,0109</b>
Adapté	25(80,6)	18(48,6)	
Non adapté/opposant	6(19,4)	19(51,4)	
<b>Enfant amené à l'hôpital par</b>			0,0790
Un ou les deux parents	29 (82,9)	29(63,0)	
Autre	6(17,1)	17(37,0)	

1. Motif principal de venue de l'enfant : symptômes physiques comprenant les signes en rapport avec un problème médical ou de traumatologie, symptômes psychiatriques, trouble dans le développement psychomoteur ou staturο-pondéral de l'enfant ou inquiétude de l'entourage (familial, social, médical ou scolaire) sur un danger ou risque de danger (concernant la santé physique, mentale, la moralité ou la sécurité) auquel l'enfant serait exposé

**Tableau 7 : Caractéristiques de l'équipe prenant en charge l'enfant associées au choix du type d'écrit en analyse univariée.**

Variables	Type d'écrit		p
	Information préoccupante N(%)	Signalement judiciaire N(%)	
<b>Participation d'un(e) médecin</b>			0,745
	Oui	32(88,9)	41 (87,2)
	Non	4 (11,1)	6 (12,8)
<b>Participation d'un(e) assistant(e)</b>			<b>0,039</b>
	Oui	30 (83,3)	46 (97,9)
	Non	6(16,7)	1(2,1)
<b>Participation d'un(e) psychologue</b>			0,113
	Oui	4 (11,1)	15 (31,9)
	Non	32(88,9)	32(68,1)
<b>Service hospitalier</b>			<b>0,034</b>
	Urgences	17(47,2)	11(23,4)
	Post-urgences	19 (52,8)	36 (76,6)

**Concernant les examens complémentaires réalisés :**

La réalisation d'au moins un examen complémentaire n'était pas associée au choix de l'écrit ( $p = 1$ ).

La réalisation de bilan biologique n'était pas associée au choix de l'écrit. Ces bilans étaient : le dosage de la PTH ( $p=1$ ), de la vitamine D ( $p=0,6905$ ), du bilan thyroïdien ( $p=0,1733$ ), du bilan hépatique ( $p=0,5448$ ) et de coagulation ( $p=0.0580$ ). La réalisation du dosage des toxiques sanguins ou urinaires n'était pas associé à l'écrit ( $p=0.1989$ ).

La réalisation d'une imagerie cérébrale (échographie trans-fontanelle, scanner ou l'IRM) ( $p=0.1753$ ), d'un fond d'œil ( $p=0.1285$ ) d'un bilan radiologique ( $p=0.0799$ ) d'une échographie abdominale ( $p=0.1285$ ) d'une radiographie localisée ( $p=0.7478$ ) ou d'une photographie ( $p=0.2158$ ) n'étaient pas associées au choix de l'écrit de façon significative.

### 3. Modèles multivariés en fonction des différents domaines

Afin de modéliser la probabilité de faire un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante, des modèles de régression logistique multivariée ont été utilisés dans chacun des cinq domaines séparément, c'est-à-dire selon les caractéristiques de l'enfant, des parents et de la famille, de la situation socio-économique de la famille, de la situation actuelle évaluée et selon l'équipe de soin réalisant l'écrit.

Par la suite, chaque variable ayant une valeur  $p < 0,25$  dans ces modèles a été introduite dans un modèle de régression logistique multivariée globale. Une procédure manuelle a été réalisée pour obtenir le modèle final avec des variables ayant une valeur  $p < 0,25$ .

#### **3.1 Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés à l'enfant**

Aucun des critères liés à l'enfant n'étaient significativement associés au choix de l'écrit. Le nombre d'hospitalisations ou de passage aux urgences ( $p=0,8276$ ) et le déroulement de la grossesse ( $p=0,7389$ ) n'étaient associés à la décision.

**Tableau 5: Probabilité que la décision soit un signalement judiciaire en fonction des caractéristiques de l'enfant (N=65) \*.**

Variables		Rapport de cotes (RC)	IC 95%	<i>p</i>
<b>Age (années)</b>	Moins de un an	référence		0,9175
	Un an ou plus	0,934	[0,257;3,399]	
<b>Sexe</b>	Garçon	référence		0,3521
	Fille	0,603	[0,207;1,752]	
<b>Antécédents médicaux chez l'enfant</b>				0,5078
	Non	référence		
	Oui	1,660	[0,371;7,432]	
<b>Antécédents chirurgicaux chez l'enfant</b>				0,3287
	Non	référence		
	Oui	0,294	[0,025 ; 3,429]	
<b>Antécédents psychiatriques chez l'enfant</b>				0,9916
	Non	référence		
	Oui	0,988	[0,111;8,786]	

\*Ajusté sur le nombre d'hospitalisation  $p=0,8276$  le lieu d'habitation  $p=0,9387$  et le déroulement de la grossesse  $p = 0,7389$

### **3.2 Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés aux parents et à la famille**

Le nombre d'enfants n'était pas significativement associé au choix entre signalement judiciaire ou information préoccupante ( $p=0,8652$ ).

**Tableau 6 : Probabilité de faire un signalement judiciaire en fonction des caractéristiques des parents (N=83) \* .**

Variables	Rapport de cotes	IC 95%	<i>p</i>
<b>Composition familiale</b>			0,6847
Mariés vivant en couple	Référence		
Parents divorcés (garde alternée/recomposée)	1,551	[0,511;4,713]	
Monoparentale	0,794	[0,111;5,686]	
<b>Age parents<sup>1</sup></b>			0,2532
Un parent sur les 2 est plus âgé que la médiane	Référence		
Les 2 sont plus âgés que la médiane	2,758	[0,328;23,158]	
Les 2 sont moins âgés que la médiane	13,632	[0,9735;190,971]	
Non renseigné	2,684	[0,351;20,535]	
<b>Facteur de vulnérabilité<sup>2</sup> chez au moins un des parents</b>			0,5654
Non	Référence		
Oui	2,814	[0,403;19,673]	
Non renseigné	2,218	[0,410;11,998]	
<b>Antécédent de maltraitance chez un des deux parents</b>			0,1696
Non renseigné	Référence		
Oui	5,946	[0,467;75,686]	
<b>Violence conjugale actuelle ou passée</b>			0,1340
Non	Référence		
Oui	0,384	[0,080; 1,847]	
Non renseigné	0,228	[0,054;0,968]	
<b>Un des enfants de la fratrie est ou a été placé</b>			0,2270
Non	Référence		
Oui	5,347	[0,508 ; 56,322]	
Non renseigné	0,611	[0,199;1,875]	

1. L'âge médian de la mère était de 32,5 ans et l'âge médian du père de 36 ans

2. Facteurs de vulnérabilité : connaissance chez au moins un des deux parents d'une pathologie psychiatrique ou d'un mésusage de substance psychoactive.

\*Ajusté sur le nombre d'enfant  $p=0,8652$

### **3.3 Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés à la situation évaluée**

La présence de violence physique était significativement associée au choix de faire un signalement judiciaire ( $p=0,0140$ ) en analyse multi variée, en revanche la négligence n'était plus significativement associée au risque de faire une information préoccupante.

Le fait que l'auteur des faits soit identifié ( $p=0,7367$ ), qu'un autre cas de maltraitance soit suspecté dans la fratrie ( $p=0,6971$ ), que la situation ait nécessité une hospitalisation ou non ( $p=0,2182$ ), n'étaient pas des critères significativement associés au choix entre information préoccupante ou signalement judiciaire.

Ni le délai entre l'arrivée à l'hôpital et l'envoi de l'écrit ( $p=0,7571$ ) ni la réalisation ou non d'examens complémentaires ( $p=0,6259$ ) n'étaient significativement associés à la décision.

**Tableau 7 : Probabilité que la décision soit un signalement en fonction des faits (N=71) \*.**

Variables		Rapport de cotes (RC)	IC 95%	p
<b>Violence psychologique suspectée</b>				0,6668
	Oui	1,424	[0,285;7,110]	
	Non	référence		
<b>Violence physique suspectée</b>				<b>0,0140</b>
	Oui	13,657	[1,699;109,779]	
	Non	référence		
<b>Négligence suspectée</b>				0,3587
	Oui	2,593	[0,339;19,828]	
	Non	référence		
<b>Perception du comportement parental<sup>1</sup></b>				0,0881
	Adapté/coopérant	référence		
	Non adapté/opposant	6,010	[1,215; 29,727]	
	Non renseigné	1,427	[0,281 ; 7,235]	
<b>Enfant amené à l'hôpital par</b>				0,0544
	Un ou les 2 parents	référence		
	Autres	4,892	[0,970 ; 24,655]	

**1. Perception du comportement des parents au cours du séjour évalué par le personnel prenant en charge l'enfant : adapté ou inadapté, c'est-à-dire méfiance vis-à-vis du personnel ou opposition à la prise en charge.**

*\*Ajusté sur le fait que l'auteur soit connu  $p=0,7367$ , de la nécessité d'hospitaliser ou non  $p=0,2182$ , du délai « arrivée à l'hôpital- écrit »  $p=0,7571$ , de la réalisation d'examens complémentaires  $p=0,6259$  et de la présence d'autres cas simultanés  $p=0,6971$ .*

### 3.4 Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés à la situation socio-économiques

Aucun des critères liés à la situation socioéconomique de la famille n'étaient significativement associés au choix entre information préoccupante ou signalement judiciaire. La présence de soutien familial ( $p=0,5977$ ) ou le logement ( $p=0,4413$ ) n'étaient pas de facteurs significativement associés à la décision.

**Tableau 8 : Probabilité de faire un signalement en fonction des critères socio-économiques (N=83) \*.**

Variables		Rapport de cotes	IC 95%	p
<b>Intervention sociale passée ou actuelle pour la</b>				
<b>fratrie<sup>1</sup></b>				0,5948
	Non	référence		
	Oui	0,357	[0,042 ; 2,998]	
	Non renseigné	0,607	[0,120;3,069]	
<b>Situation professionnelle des parents</b>				
	Un des 2 était sans emploi	référence		0,2121
	Les 2 étaient sans emploi	2,535	[0,517;12,431]	
	Les 2 avaient un emploi	0.582	[0,136;2,490]	
	Non renseigné	0.474	[0,092;2,447]	
<b>Antécédent d'écrit</b>				
	Non	référence		<b>0,0289</b>
	Information préoccupante	10,196	[1,524 ; 68,221]	
	Signalement judiciaire et IP	1,386	[0,293;6,558]	
<b>Suivi actuel ou passé par la PMI</b>				
	Non	référence		0,2740
	Oui	0,320	[0,080 ; 1,286]	
	Non renseigné	0,581	[0,139 ; 2,436]	

1. Présence d'une intervention sociale au domicile : soit suivi simple par la PMI, soit présence de mesure de soutien (Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F.), Auxiliaires de Vie Sociale et familiale (A.V.S.), soit mesures d'aide éducatives à domicile telles que des mesures d'Actions Éducatives à Domicile (A.E.D.) dans le domaine administratif , ou des mesures relevant du champ judiciaire comme des Actions Éducatives en Milieu Ouvert (A.E.M.O.), des A.E.M.O. renforcée pour les adolescents, ou d'Accompagnement Éducatif Intensif à Domicile (A.E.I.D.).

\*Ajusté sur la présence ou non d'un soutien familial  $p=0,5977$  et le type de logement  $p=0,4413$ .

### **3.5 Probabilité que l'écrit soit un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en fonction des critères liés aux intervenants**

La participation de l'assistante sociale ainsi que le service à l'initiative de l'écrit n'étaient plus significativement associés au choix de l'écrit après ajustement sur les autres caractéristiques liées aux intervenants.

**Tableau 9 : Probabilité d'avoir un signalement judiciaire en fonction des intervenants (N=83).**

Variables		Rapport de cotes	IC 95%	<i>p</i>
<b>Participation d'un(e) médecin à l'écrit</b>	Oui	référence		0,8556
	Non	0,875	[0,207;3,696]	
<b>Participation d'un(e) assistant(e) social(e) à</b>	Oui	référence		0,0735
	Non	0,132	[0,014;1,212]	
<b>Participation d'un(e) psychologue</b>	Oui	référence		0,1318
	Non	0,376	[0,105;1,342]	
<b>Service à l'initiative de l'écrit</b>	Urgences	référence		0.0648
	Service post-urgences	2,549	[0,944;6,884]	

#### 4. Modèle final multivarié prenant en compte l'ensemble des différents domaines

**Tableau 10: Modèle final : Facteurs associés au choix de faire un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante en analyse multivariée (N=81) \*.**

Variables	Rapport de Cote (IC 95%)	p
<b>Violence physique suspectée</b>		<b>0,0004</b>
Non	référence	
Oui	51,942 [5.845 ; 461.566]	
<b>Violence conjugale actuelle ou passée</b>		0,1263
Non	référence	
Oui	1.414 [0.150 ; 13.367]	
Non renseigné	0.159 [0.017 ; 1.519]	
<b>Situation professionnelle des parents</b>		0,0911
Un des 2 était sans emploi	référence	
Les 2 étaient sans emploi	0.448 [0.040 ; 5.022]	
Les 2 avaient un emploi	0.063 [0.006 ; 0.691]	
Non renseigné	0.039 [0.002 ; 0.720]	
<b>Antécédent d'écrit pour l'enfant</b>		0,1786
Non	référence	
Oui	8.820 [0.722 ; 107.817]	
Non renseigné	1.025 [0.161 ; 6.527]	
<b>Participation d'un psychologue à l'écrit</b>		0,1095
Oui	référence	
Non	0.149 [0.015 ; 1.533]	
<b>Enfant hospitalisé</b>		0.7086
Oui	référence	
Non	1.867 [0.071; 49.364]	
<b>Enfant amené à l'hôpital par</b>		<b>0.0145</b>
Un ou les 2 parents	référence	
Autres	40.447 [2.082 ; 287.017]	
<b>Perception du comportement parental<sup>1</sup></b>		<b>0.0414</b>
Adapté/coopérant	référence	
Non adapté/opposant	24.108 [2.025; 287.017]	
Non renseigné	2.170 [0.246 ; 19.181]	
<b>Service à l'initiative de l'écrit</b>		<b>0.0169</b>
Urgences	Référence	
Post-Urgences	12.902 [1.583;105.144]	

**1. Perception du comportement des parents au cours du séjour évalué par le personnel prenant en charge l'enfant : adapté ou inadapté, c'est-à-dire méfiance vis-à-vis du personnel ou opposition à la prise en charge.**

*\*Ajusté sur la nécessité ou non d'hospitalisé l'enfant (p = 0.7086) à cause de la variable « service à l'initiative de l'écrit ».*



## 5. Analyse des données manquantes

Nous avons comparé en analyse univariée le nombre de données manquantes pour les variables ayant plus de 10 données manquantes selon la participation ou non à l'écrit du médecin, de l'assistante sociale, du psychologue, et selon le service à l'initiative de l'écrit (tableau 13).

La profession des parents était plus souvent présente lorsque le psychologue participait à l'écrit (100% vs 21.9%,  $p=0,0324$ ). La présence ou non de violence conjugale, passée ou actuelle, était plus fréquemment manquante lorsque le médecin participait à l'écrit (52% versus 30%,  $p=0,0396$ ). Les informations concernant la présence ou l'antécédent d'intervention sociale ou d'aide à la parentalité pour l'enfant (76% vs 29%  $p=0,0016$ ) et son suivi par la PMI (72% s 29%  $p=0,0142$ ) étaient plus souvent présentes quand l'assistante avait participé à l'écrit. Aucune autre différence n'a été retrouvée selon la participation ou non du psychologue ou de l'assistante sociale parmi les variables avec données manquantes

**Tableau 11 : Comparaison des variables avec données manquantes selon le service à l'origine de l'écrit : présentation des résultats  $p < 0,05$ .**

Variable	Service hospitalier		<i>p</i>
	Service des urgences N=28(33,7)	Service post-urgences N=55(66,3)	
<b>Déroulement médical de la grossesse</b>			<b>0.0114</b>
Pathologique	1 (3,6)	2 (3,6)	
Simple	2 (7.1)	19 (34.5)	
Donnée manquante	<b>25 (89.3)</b>	<b>34 (61.9)</b>	
<b>Type de grossesse</b>			<b>0.0186</b>
Simple	3 (10.7)	20 (36.4)	
Multiple	0 (0.0)	1 (1.8)	
Donnée manquante	<b>25 (89.3)</b>	<b>34 (61.8)</b>	
<b>Pathologie somatique chez un des parents</b>			<b>0.0020</b>
Oui	0 (0.0)	5 (9.1)	
Non	2 (7.1)	19 (34.5)	
Donnée manquante	<b>26 (92.9)</b>	<b>31 (56.4)</b>	
<b>Pathologie psychiatrique chez un des parents</b>			<b>0.0055</b>
Oui	1 (3.6)	10 (18.2)	
Non	2 (7.1)	15 (27.3)	
Donnée manquante	<b>25 (89.3)</b>	<b>30 (54.5)</b>	
<b>Présence de soutien familial<sup>1</sup></b>			<b>0.0311</b>
Oui	6 (21.4)	24 (43.6)	
Non	2 (7.1)	9 (16.4)	
Donnée manquante	<b>20 (71.4)</b>	<b>22 (40.0)</b>	
<b>Situation professionnelle des parents</b>			<b>&lt;0.0001</b>
Les deux parents ou le parent isolé sans emploi	5 (17.9)	15 (27.3)	
Un des parents est sans emploi	5 (17.9)	18 (32.7)	
Les deux parents ont un emploi	8 (28.5)	18 (32.7)	
Donnée manquante	<b>10 (35.7)</b>	<b>4 (7.3)</b>	

1. Présence de soutien familial : soit constatation par l'équipe de soins de la présence d'un ou plusieurs membres de la famille au cours du séjour de l'enfant, soit déclaration par les parents de la présence d'un entourage familial au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré : parents, oncle/tante, frère/sœur, grands-parents ou à l'inverse d'un isolement ou l'absence d'aide ou support familial

## X. Discussion

La maltraitance des enfants est un phénomène ancien et actuellement toujours présent à l'échelle mondiale. S'accorder sur une définition est difficile du fait des différences culturelles, sociales, économiques et juridiques qui existent entre les pays. En revanche, les difficultés que posent l'évaluation du risque, le seuil à partir duquel signaler à une autorité ou encore les interventions à effectuer concernant l'enfant suspecté victime de maltraitance sont une problématique communément retrouvée. En effet, certaines législations utilisent des termes vagues et subjectifs tels que « *reasonable suspicion* » qui est le seuil établi pour justifier un signalement à une autorité (40; 22). L'interprétation de ce seuil par les différents intervenants du système de protection de l'enfance questionne (57). Plusieurs pays s'impliquent dans la recherche en matière de processus décisionnel afin de mieux caractériser ce seuil pour faire de la décision un choix plus objectif, réduire la subjectivité dans l'évaluation et limiter les erreurs de jugement (58). Notre étude est, à notre connaissance, la première étude en France s'intéressant aux critères pris en compte par les équipes pédiatriques hospitalières pour orienter leur décision entre signalement judiciaire ou information préoccupante.

D'après notre étude, les facteurs associés à la décision de faire un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante sont la suspicion de violence physique, le comportement parental perçu comme inadapté ou opposant et le fait que l'enfant soit amené à l'hôpital par une personne qui n'est pas un des parents. Nous avons montré que les violences physiques font plus souvent l'objet d'un signalement judiciaire ( $p = 0,004$ ). Ceci pourrait être lié à la gravité des lésions présentées par l'enfant à son arrivée à l'hôpital. Les violences psychologiques et la négligence sont quant à elles plus souvent associées à la rédaction d'une information préoccupante. Ces résultats peuvent refléter les caractéristiques de ces situations dont les conséquences sont moins visibles et s'installent sur le long terme (15). Le comportement parental est un facteur important dans la décision : un comportement opposant ou inadapté est associé à la rédaction d'un signalement judiciaire ( $p = 0,0414$ ). Nous avons évalué ce critère selon la perception des équipes, ce critère est donc subjectif et ne repose pas sur un outil standardisé ce qui questionne quant à la précision et à reproductibilité de ce paramètre. D'après notre étude, le risque de rédaction d'un signalement judiciaire est plus élevé lorsqu'il est fait par le service « post-

urgences » ( $p = 0.0169$ ). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que lorsqu'une situation de maltraitance avec gravité est suspectée l'enfant est d'abord hospitalisé pour le protéger et réaliser les soins (34). Les équipes des urgences font un signalement judiciaire dans les situations où les parents refusent l'hospitalisation ce qui est exceptionnel. Notons que nous avons choisi d'évaluer la gravité de la situation sur la nécessité d'hospitaliser ou non l'enfant, néanmoins le médecin a pu décider d'une hospitalisation pour bénéficier de plus de temps pour évaluer la probabilité de maltraitance et déterminer la gravité de la situation. Aucun des critères liés aux parents, à la famille ou à leur situation socio-économique n'étaient associés au choix de l'écrit. Nous avons choisi d'évaluer la situation économique par le régime de protection sociale, le logement et l'emploi. Ces critères sont discutables. Les informations sur le logement étaient peu précises et l'environnement communautaire proche, facteur de vulnérabilité identifié par l'OMS (6) n'était pas connu. Certains facteurs de vulnérabilité chez les parents, pourtant identifiés dans la littérature comme facteurs associés à un risque de maltraitance (14), n'étaient pas associés au choix de faire un signalement judiciaire dans notre étude. Néanmoins ces données étaient très souvent manquantes dans les dossiers médicaux et sociaux.

En effet nous avons été confrontés à de nombreuses données manquantes notamment lorsque l'écrit était rédigé par les équipes des urgences. Ceci peut s'expliquer par un temps d'évaluation disponible plus réduit que dans les services d'hospitalisations. Les données manquantes concernaient plus particulièrement les informations concernant la santé physique et mentale des parents, leur consommation de substance psycho active, l'antécédent de maltraitance dans leur enfance et la présence de violence conjugale. Dans notre étude, lorsqu'un médecin participait à la rédaction de l'écrit cette dernière donnée était plus fréquemment manquante.

Or la cooccurrence de la violence conjugale et de la maltraitance à enfant a été établie et varierait de 30% à 60 % (59). Ces enfants exposés aux violences conjugales seraient davantage victimes de maltraitements physiques et de négligences lourdes (60; 61; 62; 63). En France le nombre d'enfants concernés par ces violences conjugales s'élèverait à 4 millions selon l'enquête ENVEFF (8). Les conséquences de cette exposition sur l'enfant sont multiples (8) et sont notamment représentées par des troubles psychologiques et du comportement (dépression, anxiété, agressivité...) (64; 65). La violence conjugale est d'ailleurs de plus en plus considérée comme une forme de maltraitance de l'enfant à part

entière (7; 66; 9) ou comme au Québec faisant partie de la maltraitance psychologique (67). En France, bien que la violence conjugale ne soit actuellement pas reconnue comme une forme de maltraitance, l'ONPE invite l'intervenant à transmettre une information préoccupante de mineur en danger à la CRIP lorsqu'il est mandaté pour évaluer une situation de violence conjugale. De plus la France a signé la convention du 7 avril 2011 du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence conjugale qui explique que « les enfants sont des victimes de la violence domestique, y compris en tant que témoin de violence au sein de la famille » et vise à assurer la protection et le soutien à ces enfants (article 22, 26 et 45) (68). La recherche et le signalement de ces situations se confrontent néanmoins à des obstacles (69; 70). La méconnaissance des effets sur l'enfant et le fait que la violence conjugale est toujours considérée par certains professionnels de santé comme « le problème des parents », la difficulté à aborder le sujet avec la famille par peur de la violation de l'intimité du couple et du respect de la vie privée sont des freins identifiés (71). La recherche systématique de violence conjugale dans les services d'urgence pédiatrique a déjà été envisagée (72; 73). Dans une étude menée au Kansas, l'acceptabilité par les mères et les professionnels de santé semblait être bonne (74). Ce résultat s'accorde avec une revue systématique de la littérature qui retrouve une acceptation chez les femmes variant de 35 à 99% (75). Malgré tout aucune étude n'a pour le moment montré un impact sur la morbi-mortalité d'un dépistage systématique des violences conjugales (76; 77; 78). Partant de ce principe qu'un dépistage systématique permet d'augmenter l'identification des femmes victimes de violences conjugales sans améliorer leur qualité de vie ni diminuer les actes de violence, l'OMS (79) et le groupe d'étude sur les soins de santé préventif Canadien ne recommande pas le dépistage systématique des violences conjugales (80) mais invite à un repérage dans certaines situations à risque telles que les soins prénataux, en cas de diagnostic d'IST (Infection Sexuellement Transmissible) ou de trouble anxio-dépressif chez la femme. La SSMG (Société scientifique de médecine générale belge) recommande également plutôt un dépistage opportuniste c'est-à-dire interroger la femme lorsqu'un tableau clinique est évocateur de violence conjugale (81). Considérant un faible risque d'effet indésirable d'un dépistage systématique le groupe d'étude américain ou USPSTF (U.S Preventive Service Task Force) (82) et le collège Américains des Gynécologue Obstétricien (ACOG) (83) le recommandent et la société américaine de pédiatrie encourage les pédiatres à dépister les violences conjugales

et à se former à la prise en charge de ces situations (61). En France, la HAS recommande un dépistage par des questions ouvertes lors de l'anamnèse même en l'absence de symptôme d'alerte (84).

Enfin, il faut souligner que quatorze enfants ont bénéficié d'un bilan radiologique systématique alors qu'une violence physique était suspectée pour 41 d'entre eux et que 29 enfants présentaient des lésions physiques à leur arrivée à l'hôpital. L'étude du squelette est recommandée pour tous les enfants de moins de deux ans (85). Dans notre étude, neuf des treize enfants de moins de deux ans ont bénéficié d'un bilan radiologique systématique (tout examen d'imagerie du squelette confondu). Dans notre étude, quatre enfants parmi les dix enfants de moins d'un an suspectés victimes de violence physique ont bénéficié d'une imagerie cérébrale. Dans deux des situations il s'agissait d'une échographie transfontanellaire qui n'est pas recommandée en France (86). Concernant les bilans biologiques, les anomalies hématologiques (dix enfants sur 41) et hépatiques (cinq enfants sur 41) ont été peu explorées. L'amélioration du respect des recommandations concernant les examens radiologiques et biologiques dans les situations de suspicion de violences physiques semble nécessaire. En revanche, une standardisation des examens semble difficile dans les situations de suspicion de violences psychologiques ou de négligence du fait de la diversité de ces situations.

Soulignons également que 25 des 83 enfants avaient déjà bénéficié d'un écrit (information préoccupante et /ou signalement judiciaire) ce qui interroge sur le délai d'intervention et l'évaluation par les professionnels de la protection de l'enfance ainsi que sur l'efficacité des interventions. Le type d'intervention choisi dépend directement de l'évaluation faite par les professionnels de la protection de l'enfance. Or cette évaluation présente fréquemment des lacunes notamment dans la caractérisation du danger (87). Conscient des problématiques auxquelles est confronté le système de protection de l'enfance, le ministère des solidarités et de la santé a publié une stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance pour 2020-2022. Elle met l'accent sur l'importance de la pluridisciplinarité au sein des équipes de protection de l'enfance (éducateurs, assistants familiaux, pédopsychiatres et psychologues) pour éclairer les rapports de situation et les décisions judiciaires et prévoit la mise en place d'ici 2022, par région, d'au minimum deux équipes pédiatriques référentes sur les violences faites aux enfants et la généralisation des « Unités d'Accueil pédiatriques Enfance en Danger » (UAED). Les missions, entre autres,

de ces équipes seront la formation et le soutien des médecins généraliste et hospitaliers au repérage et au diagnostic des violences, la rédaction des signalements, l'aide à la rédaction des certificats et des documents nécessaires dans le cadre des procédures administratives et judiciaires. Elles devront travailler en collaboration avec le médecin référent « protection de l'enfance » des départements (88). La mise en place de formations communes aux différents intervenants permettra probablement au médecin prenant en charge l'enfant d'améliorer et d'enrichir sa description de l'enfant et de sa situation, notamment par la prise en compte de certaines dimensions importantes comme la présence ou non de violence conjugale au domicile. Néanmoins, le médecin devrait probablement évaluer l'enfant comme les équipes qui interviendront à domicile selon ce plan ministériel, c'est-à-dire de façon pluridisciplinaire. En effet comme l'a montrée notre étude, les informations recueillies varient selon le professionnel qui intervient auprès de la famille. Une pluridisciplinarité dès la prise en charge initiale c'est-à-dire dès la décision entre rédiger une information préoccupante ou un signalement judiciaire permettrait une harmonisation de l'évaluation et une meilleure caractérisation du danger tout en limitant la part de subjectivité. La mise en place d'équipes pédiatriques référentes permettrait ensuite d'aider les équipes hospitalières pluridisciplinaires dans certaines situations complexes où la décision reste malgré tout ambiguë.

Notre étude présente plusieurs limites. Premièrement, du fait de la qualité de l'archivage des dossiers du service social des cas ont pu être manqués. Néanmoins, une autre étude en cours au même moment dans notre hôpital sur les traumatismes crâniens infligés n'a pas retrouvé d'autres cas ayant les critères d'inclusion pour notre étude. Les critères d'inclusion de cette recherche reposaient sur la sélection de dossiers médicaux par le code de Classification Internationale des Maladies 10 pouvant être lié à un trauma crânien violent. Puis chaque dossier médical était vérifié.

Du fait du caractère rétrospectif du recueil nous avons de nombreuses données manquantes. Des informations ont pu être connues des professionnels au moment de la rédaction de l'écrit sans qu'elles aient été notées dans le dossier. Il semblerait tout de même important que ces éléments, notamment lorsqu'ils sont positifs c'est-à-dire lorsqu'ils notent l'absence de facteur de vulnérabilité, puissent apparaître dans les dossiers et les écrits.

La perception du comportement parental et le soutien familial sont des variables subjectives et nous n'avons pas utilisé de méthode standardisée pour les évaluer. Il est donc

probable que l'interprétation de ces données varie selon le professionnel qui évalue la situation et rédige l'écrit. Les informations concernant la santé parentale ont été obtenues lors de la rencontre avec les parents mais aucune vérification dans leurs dossiers médicaux ou tests spécifiques n'ont été faits.

La puissance de l'étude est faible car il s'agit d'une étude mono centrique, avec un échantillon de petite taille et de nombreuses variables étudiées. Bien que nous ayons recueillis les variables qui nous semblaient influencer la décision et/ou qui avaient été décrites dans la littérature, nous avons pu oublier des variables notamment des variables plus subjectives et donc plus difficiles à prendre en compte dans une étude quantitative. L'évaluation des enfants suspectés être victime de maltraitance peut donc varier selon les hôpitaux.

De plus, notre étude présente probablement un biais de sélection. Les situations nécessitant un signalement judiciaire sont généralement adressées aux urgences soit parce que des soins en urgences sont nécessaires soit pour protéger l'enfant, alors que les informations préoccupantes, elles, ne passent pas systématiquement par l'hôpital. En effet seulement 2 à 5% des signalements émis le sont par des médecins de premiers recours (34). Le médecin traitant qui suit l'enfant est plus susceptible de repérer une situation de carence de soins ou d'affection et donc de rédiger directement une information préoccupante sans adresser l'enfant aux urgences. Nous avons limité notre étude aux urgences/post-urgence mais des enfants ont été hospitalisés dans un service de réanimation avant d'être hospitalisé dans notre service. Ils n'ont donc pas été inclus puisque le signalement a été fait d'emblée par l'équipe de réanimation du fait la gravité de la situation. Ceci peu expliqué pourquoi dans notre étude l'âge de l'enfant n'intervenait pas dans le choix du type d'écrit. En effet, 78% des enfants avaient plus d'un an. Or le retentissement somatique d'une négligence ou d'une violence physique chez les nourrissons de moins d'un an est souvent plus grave et nécessite de fait plus souvent un passage dans un service de réanimation.

Enfin, l'objectif de cette étude était de chercher à comprendre comment l'équipe pédiatrique hospitalière prenait sa décision en identifiant les caractéristiques associées à la décision de rédiger soit une information préoccupante soit un signalement judiciaire. Le devenir de l'écrit et les mesures prises après évaluation globale par les services de protection ne sont pas connus.



## **XI. Conclusion**

Une amélioration dans l'évaluation de l'enfant et de sa famille, notamment dans le recueil des données les concernant est nécessaire. Une enquête standardisée sur les facteurs qui pourraient être associés à une maltraitance des enfants, notamment la présence de troubles psychiatriques chez les parents, les antécédents de violence dans leur enfance et la présence de violence conjugale pourrait réduire la subjectivité de l'évaluation. En France, le pédiatre et les équipes prenant en charge les enfants doivent être sensibilisés à la violence conjugale et probablement au respect des directives en matière d'enquête radiologique dans les cas suspects de maltraitance physique.

## XII. Références

1. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano-Ascencio R. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS ; 2002.
2. Assemblée Générale des Nations Unies. (page consultée le 25/11/2019). *Convention internationale des droits de l'enfant*, [en ligne]. <https://www.unicef.fr/dossier/convention-internationale-des-droits-de-lenfant>.
3. *Observatoire national de l'action sociale décentralisée. L'observation de l'enfance en danger : guide méthodologique*. Paris : Odas Editeur ; 2001.
4. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (version à jour au 25 novembre 2019) .
5. *Code civil. Article 375* (version à jour au 25 novembre 2019).
6. Organisation Mondiale de la Santé, International society of prevention of child abuse. *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données*. Genève : OMS ; 2007.
7. Wathen CN, Macmillan HL. *Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions*. *Paediatr Child Health*. 2013 ;18(8) : 419-22.
8. *Observatoire National de l'Enfance en Danger*. (page consultée le 25/11/2019). *Rapport d'étude, Les enfants exposés à la violence conjugale, Recherches et pratiques*, [en ligne]. <https://www.oned.gouv.fr>.
9. Cross TP, Mathews B,, Tonmyr L, Scott D, uimet C. *Child welfare policy and practice on children's exposure to domestic violence*. *Child Abuse and Neglect*. 2012 mar ; 36(3) : 210-6.
10. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*. *The Lancet*.2009 ; 373(9657) : 68-81.
11. *Observatoire National de la Protection de l'Enfance*. (page consultée le 25/11/2019). *Chiffres clés en protection de l'enfance portant sur l'année 2017*, [en ligne]. <https://www.onpe.gouv.fr>.
12. *Observatoire National de la Protection de l'Enfance*. (page consultée le 25/11/2019). *Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées? Onzième rapport au Gouvernement et au Parlement, octobre 2016*, [en ligne] . <https://www.onpe.gouv.fr>.

13. Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance. (page consultée le 25/11/2019). Rapport annuel, novembre 2016, [en ligne]. <https://www.gironde.fr/collectivites/girondescopie/observatoires-du-territoire>.
14. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998 ;14(4) : 245-58.
15. Leeb RT, Lewis T, Zolotor AJ. A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. *Am J Lifestyle Med*. 2011 ; 5(5) : 454-68.
16. Institute of Medicine, National Research Council. *New directions in child abuse and neglect research*. Washington DC: The National Academies Press ; 2014.
17. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, Boven A, Gill S, Dimitropoulos G, et al. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC Psychology*. 2017 ; 5(33) : 1-18.
18. Lanier P, Jonson-Reid M, Stahlschmidt MJ, Drake B, Constantino J. *Child Maltreatment and Pediatric Health Outcomes: A Longitudinal Study of Low-income Children*. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010 ; 35(5) : 511-22.
19. Le Heuzey MF. *L'enfant maltraité : le regard du pédopsychiatre*. Laennec. 2008 ; 56(1) : 26-33.
20. Currie J, Spatz Widom C. Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment* .2010 ; 15(2) : 111-20.
21. Wallace I, Bunting L, NSPCC. (page consultée le 30/11/2019). An examination of local, national and international arrangements for the mandatory reporting of child abuse: the implications for Northern Ireland. [en ligne]. <https://www.nspcc.org.uk>.
22. Benbenishty R, Jedwab M, Chen W, Glasser S, Slutzky H, Siegal G, et al. *Predicting the decisions of hospital based child protection teams to report to child protective services, police and community welfare services*. *Child Abuse Negl*. 2013 ; 38(1) : 11-24.
23. *Code civil. Article 371-1 (version à jour au 25 novembre 2019)*.
24. *Loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance (version à jour au 25 novembre 2019)*.
25. *Code de l'action sociale et des familles. Article R226-2-2 (version à jour au 25 novembre 2019)*.
26. *Code de l'action sociale et des familles. Article L226-2-2 (version à jour au 25 novembre 2019)*.

27. *Code de l'action sociale et des familles. Article L226-3-1 (version à jour au 25 novembre 2019).*
28. Deydier J, Eymennier M. Le recueil et le traitement de l'information préoccupante : Une posture nouvelle pour les conseils généraux. *Les Cahiers Dynamiques*. 2010 ; 4(49) :36-44.
29. *Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 15/11/2019). Code de déontologie médicale, [en ligne]. <https://www.conseil-national.medeci.fr/code-deontologie>.*
30. *LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé. Article 1 (version à jour au 25 novembre 2019).*
31. *Ministère de la Santé et des Solidarités. (page consultée le 25/11/2019). La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation, [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr>.*
32. *Kahn-Bensaude I, Faroudja JM, Conseil national de l'Ordre des médecins. (page consultée le 25/11/2019). Signalement et information préoccupante. « Mieux prévenir, mieux signaler, mieux intervenir ». [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr>.*
33. *Code de l'action sociale et des familles. Article L226-4 (version à jour au 25 novembre 2019).*
34. *HAS (page consultée le 25/11/2019). Maltraitance des enfants : Y penser pour repérer, savoir réagir pour protéger, [en ligne] <https://www.has-sante.fr>.*
35. Baumann DJ, Fluke JD, Dalglish L, Kern H. From Evidence to Outcomes in Child Welfare. In: Shlonsky A, Benbenishty R, éditeurs *The Decision-Making Ecology*. Oxford University Press; 2013 : p. 24-38.
36. *Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*. 2015 ; 66(5) : 447-54.*
37. *Flaherty EG, Jones R, Sege R. Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse Negl*. 2004 ; 28(9) : 939-45.*
38. *Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O'Connor KG. Pediatrician Characteristics Associated With Child Abuse Identification and Reporting: Results From a National Survey of Pediatricians. *Child Maltreat*. 2006 ; 11(4) : 361-9.*
39. *Petersen AC, Institute of Medicine (U.S.), National Research Council (U.S.), National Research Council (U.S.), éditeurs. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. Washington, D.C: National Academies Press; 2014. 428 p.*

40. Mathews B, Kenny MC. Mandatory Reporting Legislation in the United States, Canada, and Australia: A Cross-Jurisdictional Review of Key Features, Differences, and Issues. *Child Maltreatment*. 2008 ;13(1) : 50-63.
41. Crowell K, Levi BH. *Mandated reporting thresholds for community professionals*. *Child Welfare*. 2012;91(1):35-53.
42. Levi BH. *Reasonable Suspicion: A Study of Pennsylvania Pediatricians Regarding Child Abuse*. *Pediatrics*. 2005 ;116(1) : 5-12.
43. Dettlaff AJ, Christopher Graham J, Holzman J, Baumann DJ, Fluke JD. Development of an instrument to understand the child protective services decision-making process, with a focus on placement decisions. *Child Abuse Negl*. 2015 ; 49 : 24-34.
44. Fluke JD, Chabot M, Fallon B, MacLaurin B, Blackstock C. *Placement decisions and disparities among aboriginal groups: An application of the decision making ecology through multi-level analysis*. *Child Abuse Negl*. 2010 ; 34(1) : 57-69.
45. Britner PA, Mossler DG. *Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse*. *Child Abuse Negl*. 2002 ; 26(4) : 317-32.
46. King G, Trocmé N, Thatte N. Substantiation as a Multitier Process: The Results of a NIS-3 Analysis. *Child Maltreat*. 2003 ; 8(3) :173-82.
47. Jedwab M, Benbenishty R, Chen W, Glasser S, Siegal G, Lerner-Geva L. Child protection decisions to substantiate hospital child protection teams' reports of suspected maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2015 ; 40 : 132-41.
48. Font SA, Maguire-Jack K. Decision-making in child protective services: Influences at multiple levels of the social ecology. *Child Abuse Negl*. 2015 ; 47 : 70-82.
49. Wekerle C, Wall A-M, Leung E, Trocmé N. Cumulative stress and substantiated maltreatment: The importance of caregiver vulnerability and adult partner violence. *Child Abuse Negl*. 2007 ;31(4) : 427-43.
50. Trocmé N, Knoke D, Fallon B, MacLaurin B. Differentiating Between Substantiated, Suspected, and Unsubstantiated Maltreatment in Canada. *Child Maltreatment*. 2009 ;14(1) : 4-16.
51. Stoddart JK, Fallon B, Trocmé N, Fluke J. Substantiated Child Maltreatment: Which factors do workers focus on when making this critical decision? *Children and Youth Services Review*. 2018 ; 87 : 1-8.
52. Trocmé N, Tam KK, Mac Phee D. *Correlates of substantiation of maltreatment in child welfare investigations*. In : Hudson J, Galaway B, editors. *Child Welfare in Canada*. Toronto : thompson educational publishing; 1995.p 20-40.

53. Victor BG, Grogan-Kaylor A, Ryan JP, Perron BE, Gilbert TT. Domestic violence, parental substance misuse and the decision to substantiate child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2018 ;79 : 31-41.
54. Dettlaff AJ, Rivaux SL, Baumann DJ, Fluke JD, Rycraft JR, James J. Disentangling substantiation: The influence of race, income, and risk on the substantiation decision in child welfare. *Children and Youth Services Review.* 2011; 33(9) : 1630-7.
55. King B, Lawson J, Putnam-Hornstein E. Examining the Evidence: Reporter Identity, Allegation Type, and Sociodemographic Characteristics as Predictors of Maltreatment Substantiation. *Child Maltreatment.* 2013 ;18(4) : 232-44.
56. *Putnam-Hornstein E, Needell B, King B, Johnson-Motoyama M. Racial and ethnic disparities: A population-based examination of risk factors for involvement with child protective services. Child Abuse Negl. 2013 ; 37(1) : 33-46.*
57. Crowell K, Levi BH. Mandated reporting thresholds for community professionals. *Child Welfare.* 2012 ; 91(1) : 35-53.
58. López M, Fluke JD, Benbenishty R, Knorth EJ. Commentary on decision-making and judgments in child maltreatment prevention and response: An overview. *Child Abuse Negl.* 2015 ; 49 : 1-11.
59. *Edleson JL. The Overlap Between Child Maltreatment and Woman Battering. Violence Against Women. 1999 ; 5(2) :134-54.*
60. *Frechon I, Marquet L, Séverac N. Les enfants exposés à des « violences et conflits conjugaux ». Parcours en protection de l'enfance et environnement social et familial. Politiques sociales et familiales. 2011;105(1):59-72.*
61. *Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD, The Committee on Child Abuse and Neglect, and the Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Intimate Partner Violence: The Role of the Pediatrician. Pediatrics. 2010 ;125(5) : 1094-100.*
62. *McGuigan WM, Pratt CC. The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. Child Abuse Negl. 2001 ;25(7) : 869-83.*
63. *Tiyyagura G, Christian C, Berger R, Lindberg D. Occult abusive injuries in children brought for care after intimate partner violence: An exploratory study. Child Abuse Negl. 2018 ; 79 : 136-143.*
64. *Hazen AL, Connelly C, Kelleher K, Barth R, Landsverk JA. Female Caregivers' Experiences With Intimate Partner Violence and Behavior Problems in Children Investigated as Victims of Maltreatment. Pediatrics. 2006 Jan 1;117(1):99-109.*

65. Pingley T. (page consultée le 30/11/2019). *The Impact of Witnessing Domestic Violence on Children: A Systematic Review*. St. Catherine University; 2017. [en ligne] [https://sophia.stkate.edu/msw\\_papers/776](https://sophia.stkate.edu/msw_papers/776).
66. Summers A, National Council of Juvenile and Family Court Judges. (page consultée le 30/11/2019). *Children's exposure to domestic violence. A guide to research and resources*. [en ligne]. <http://www.ncjfcj.org>.
67. *Loi sur la protection de la jeunesse. Article 38 (version à jour au 29 novembre 2019)*. [en ligne] <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/>.
68. Conseil de l'Europe. (page consultée le 30 novembre 2019). *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique*. [en ligne]. <https://www.humanrights.ch/fr>.
69. McGrath ME, Bettacchi A, Duffy SJ, Peipert JF, Becker BM, Angelo LS. *Violence against Women: Provider Barriers to Intervention in Emergency Departments*. *Academic Emergency Medicine*. 1997 ; 4(4) : 297-300.
70. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. *Screening for intimate partner violence by health care providers : Barriers and interventions*. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000 ;19(4) : 230-7.
71. Lavergne C, Turcotte D, Damant D. *Cooccurrence de violence conjugale et de maltraitance envers les enfants : points de vue des intervenants de la protection de la jeunesse*. *Criminologie*. 2008;41(2):247-67.
72. Newman JD, Sheehan KM, Powell EC. *Screening for Intimate-Partner Violence in the Pediatric Emergency Department: Pediatric Emergency Care*. 2005 ; 21(2) :79-83.
73. Bair-Merritt MH, Mollen CJ, Yau PL, Fein JA. *Health Care Providers' Opinions on Intimate Partner Violence Resources and Screening in a Pediatric Emergency Department: Pediatric Emergency Care*. 2006 ; 22(3) :150-3.
74. Dowd MD, Kennedy C, Knapp JF, Stallbaumer-Rouyer J. *Mothers' and Health Care Providers' Perspectives on Screening for Intimate Partner Violence in a Pediatric Emergency Department*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2002 ; 156(8) : 794.
75. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. *How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria*. 2009 ; 13(16) : 137-147.
76. Klevens J, Kee R, Trick W, Garcia D, Angulo FR, Jones R, et al. *Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial*. 2012 ; 308(7) : 681-9.

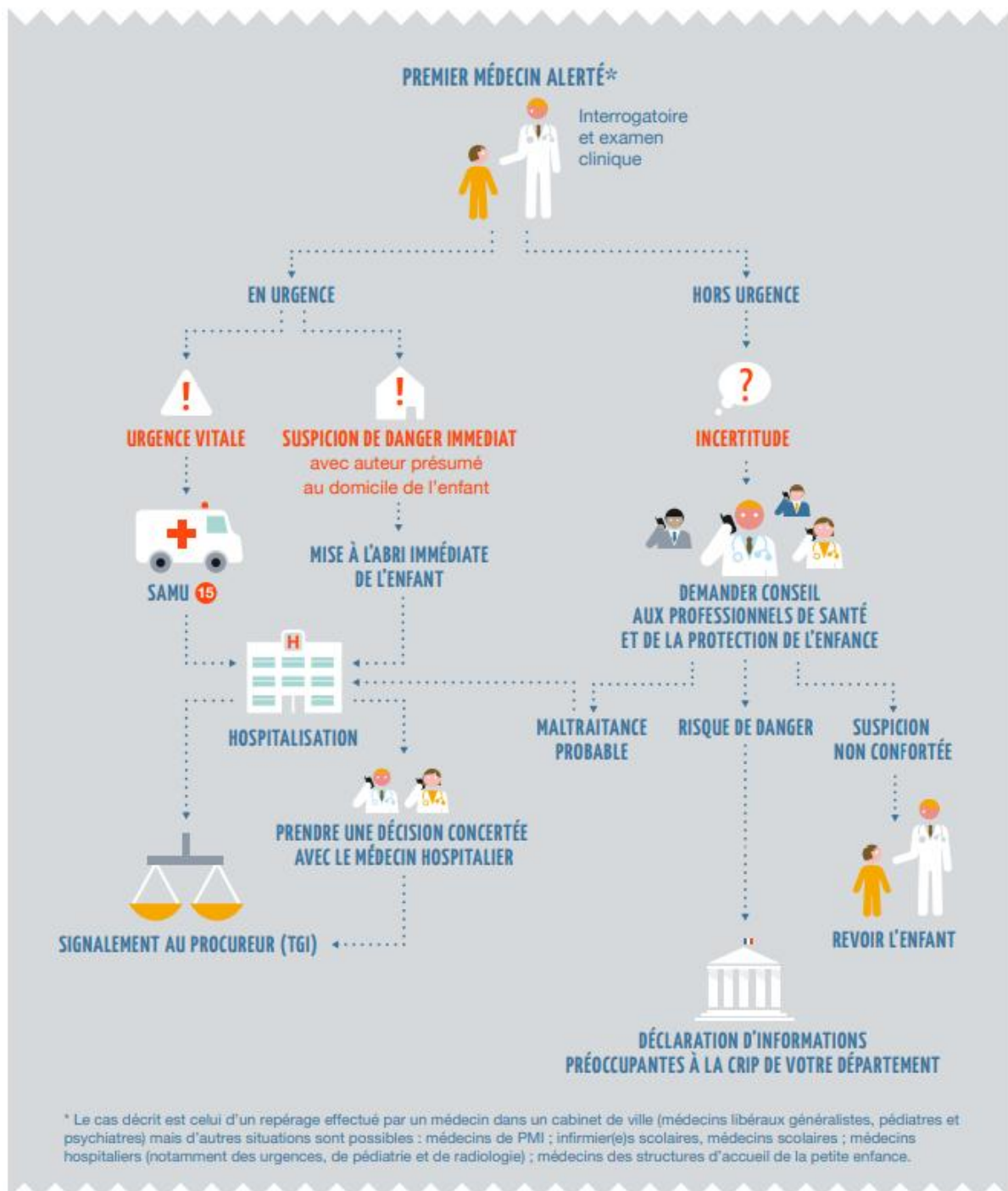
77. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. *Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Randomized Trial*. JAMA. 2009 ; 302(5) : 493–501.
78. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 ; 7(CD007007).
79. World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: WHO; 2013.
80. Wathen CN, MacMillan HL; the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care*. CMAJ. 2003 ;169 : 582-4.
81. Société scientifique de médecine générale, Agence pour une vie de qualité, Offermans AM, Vanhalewyn M, van der Schueren T, Roland M, et al. *Détection des violences conjugales. Guide de pratique clinique*. Bruxelles: SSMG; 2018.
82. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. *Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly*. 2013 ;158(6) : 478-86.
83. ACOG Committee Opinion No. 518: *Intimate partner violence*. ObstetGynecol. 2012 ;119(2) :412-7.
84. HAS. (page consultée le 07/07/2017) *Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »*, [en ligne].<https://www.has-sante.fr/>.
85. The Royal College of Radiologists, The Society and College of Radiographers. (page consultée le 25/11/2019). *The radiological investigation of suspected physical abuse in children*, [en ligne]. <https://www.rcr.ac.uk>.
86. HAS, SOFMER. (page consultée le 25/11/2019). *Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Actualisation des recommandations de la commission d'audit de 2011*. Méthode : Recommandations pour la pratique clinique, [en ligne]. <https://www.has-sante.fr>.
87. Severac N, Le Duff R, Corbet E, Duchosal O (page consultée le 30/11/2019). *Maltraitances :comprendre les évolutions pour mieux y répondre.Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s). Rapport final du CREAM Rhône-Alpes et du CREAM de Bretagne* [en ligne].<https://www.onpe.gouv.fr>.
88. Ministère des solidarités et de la santé (page consultée le 30/11/2019). « *Je veux en finir avec la violence. Et vous ?* » : *plan de lutte contre les violences faites aux enfants*, [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqu>.



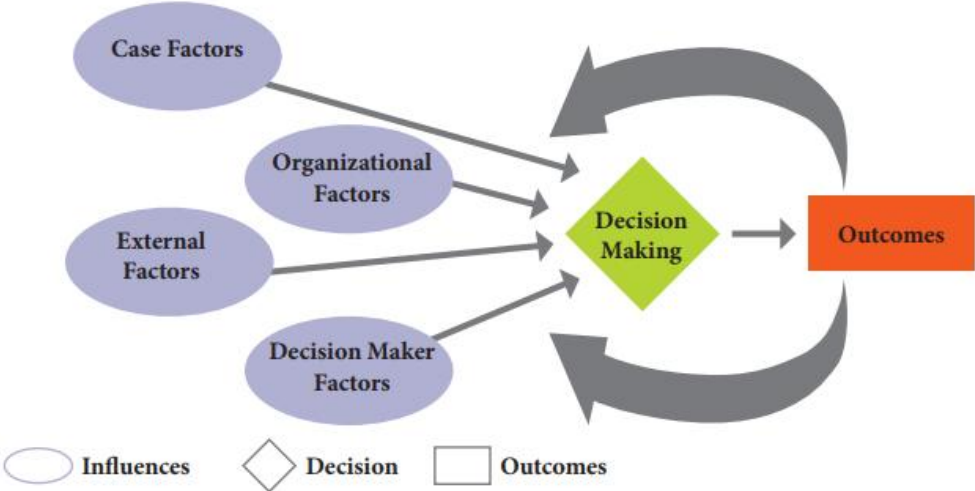


## Annexe1 : Conduite à tenir en cas de suspicion de maltraitance selon la HAS

# Repérage et signalement de la maltraitance des enfants



**Annexe2 : Résumé du modèle DME ou “DecisionMakingEcology “**



### **Annexe 3 : Facteurs de vulnérabilité selon l'OMS**

Selon l'OMS, aucun facteur pris séparément ne peut expliquer à lui seul pourquoi un enfant est plus à risque de maltraitance qu'un autre. Elle propose un modèle écologique ("The ecological model") décrivant l'interaction de différents facteurs classés en 4 niveaux : individuel, relationnel, communautaire et sociétale. Elle distingue ainsi des facteurs :

- Liés à l'enfant : n'était pas désiré, ne répond pas aux attentes du parent, pleure beaucoup, a un ou plusieurs frères et sœurs qui requièrent beaucoup d'attention de la part du parent, est atteint de malformation, de trouble de personnalité, d'hyperactivité ou d'impulsivité.
- Liés aux parents : difficultés à établir un lien affectif avec un enfant nouveau-né, manque de connaissances ou de compréhensions sur le développement des enfants et leurs besoins, souffre de problèmes physiques, mentaux ou de déficience, ne sait pas se maîtriser lorsqu'il est contrarié ou en colère, abuse d'alcool ou de drogues, même durant la grossesse, est impliqué dans des activités criminelles qui compromettent ses rapports avec l'enfant, est déprimé, se dévalorise ou se sent inapte, n'a guère d'aptitudes en matière d'éducation en raison de son jeune âge ou par manque d'instruction, éprouve des difficultés financières.
- Liés à l'environnement familial : éclatement de la famille, violence dans la famille, famille isolée de la communauté ou sans réseau de soutien, discrimination envers la famille pour des raisons d'ethnicité, de nationalité, de religion, de sexe, d'âge, d'orientation sexuelle, d'infirmité ou de style de vie, implication dans des activités criminelles.
- Liés à l'environnement communautaire : tolérance de la violence, inégalités sexuelles et sociales, manque de logements adéquats, manque de services de soutien aux familles et aux institutions, chômage élevé et pauvreté, voisinages transitoires, accès facile à l'alcool, présence d'un trafic local de drogues.
- Liés au contexte social : politiques économiques, de santé et d'éducation menant à des niveaux de vies peu élevés ou à des inégalités et une précarité socio-économique, normes sociales et culturelles avec promotion de la violence, rôle selon le sexe, statut des enfants.

- Facteurs de protection : il existe peu d'études sur ces facteurs de protection mais ceux qui semblent avoir un impact sont : l'attachement entre l'enfant et le parent ou l'adulte qui s'en occupe, les soins parentaux attentifs durant l'enfance, l'absence de relations avec des pairs délinquants, alcooliques ou toxicomanes, la présence de rapports chaleureux avec un parent non délinquant, l'absence du stress créé par les rapports de violence.

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

**TITRE :** Suspicion de maltraitance de l'enfant : étude rétrospective examinant les facteurs associés à la prise de décision entre information préoccupante et signalement judiciaire.

**RÉSUMÉ :**

La législation française prévoit deux modes de protection lorsque l'enfant est suspecté victime de maltraitance ou en risque de l'être. La décision d'alerter l'autorité judiciaire ou l'autorité administrative est déterminée par des critères de gravité qui ne sont pas définis par le législateur. L'objectif de notre étude était d'examiner les critères associés à la décision de faire un signalement judiciaire plutôt qu'une information préoccupante par les équipes pédiatriques du CHU de Bordeaux. D'après notre étude, les équipes prenant en charge l'enfant suspecté victime de maltraitance rédigeaient plus fréquemment un signalement judiciaire s'ils suspectaient des violences physiques, si le comportement parental était perçu comme inadapté ou opposant ou si l'enfant avait été amené à l'hôpital par une personne qui n'était pas un parent. De nombreuses données étaient manquantes notamment concernant la présence ou non de violence conjugale, de troubles psychiatriques, d'antécédent de violence dans l'enfance ou d'abus de substance psychoactives chez les parents. Une amélioration dans l'évaluation de l'enfant et de sa famille ainsi qu'une meilleure connaissance des facteurs qui pourraient aider à la décision est nécessaire.

**MOTS-CLÉS :** maltraitance d'enfant ; signalement judiciaire ; information préoccupante ; gravité ; décision.

---

**TITLE:** Suspicion of child abuse and neglect : retrospective study examining the factors associated with the decision to report abuse to the judicial rather than the administrative authority

**ABSTRACT:**

The French child protection system provides two types of protection when a child is suspected of being the victim of abuse and neglect. The decision to report it to the administrative or to the judicial system depends on severity criteria, which are not defined by the legislator. The goal of our study was to examine the factors associated with the decision to report abuse to the judicial authority rather than to the administrative authority in a French pediatric hospital. The results show that cases where children were suspected of being physically mistreated, or if the parental behavior was perceived as inappropriate or opposing, or if the child was brought at the hospital by a person who was not a parent were more often reported to the judicial authority. A lot of data were missing, in particular concerning the presence or not of domestic violence, psychiatric disorders, a history of violence during childhood, or parental psychoactive substance abuse. It is necessary to improve the assessment of the child and his family and to gain a better knowledge of the factors that could help in this decision.

**KEYWORD:** Child abuse and neglect; report; decision making; severity factors

**Unité de recherche :** UFR des sciences médicales. Université Bordeaux, 146 rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux cedex