



HAL
open science

Maltraitance physique des enfants de 1 à 10 ans : description de cette population et élaboration du profil de l'enfant à risque

Laure Boyer

► **To cite this version:**

Laure Boyer. Maltraitance physique des enfants de 1 à 10 ans : description de cette population et élaboration du profil de l'enfant à risque. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-04080006

HAL Id: dumas-04080006

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04080006>

Submitted on 24 Apr 2023

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

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

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

BOYER Laure

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 2019

MALTRAITANCE PHYSIQUE DES ENFANTS DE 1 A 10 ANS :
DESCRIPTION DE CETTE POPULATION ET
ELABORATION DU PROFIL DE L'ENFANT A RISQUE

Directeur de thèse et Président du jury :

Monsieur le Professeur MERLIN Etienne, Faculté de Médecine Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur le Professeur VORILHON Philippe, Faculté de Médecine Clermont-Ferrand

Madame le Docteur LAPORTE Catherine, Faculté de Médecine Clermont-Ferrand

Monsieur le Docteur BOYER Baptiste, CHU de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre
: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges -Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis – M. JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice – DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean- Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean- René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAUT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M. GILAIN Laurent
 M. LEMAIRE Jean-Jacques
 M. CAMILLERI Lionel
 M. DAPOIGNY Michel
 M. LLORCA Pierre-Michel
 M. PEZET Denis
 M. SOUWEINE Bertrand
 M. BOISGARD Stéphane
 Mme DUCLOS Martine
 M. SCHMIDT Jeannot
 M. BERGER Marc
 M. GARCIER Jean-Marc
 M. ROSSET Eugénio
 M. SOUBRIER Martin

O.R.L.
 Neurochirurgie
 Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Psychiatrie d'Adultes
 Chirurgie Digestive
 Réanimation Médicale
 Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
 Physiologie
 Thérapeutique
 Hématologie
 Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
 Chirurgie Vasculaire
 Rhumatologie

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis
 M. VERRELLE Pierre
 M. CITRON Bernard
 M. D'INCAN Michel
 Mme JALENQUES Isabelle
 Mlle BARTHELEMY Isabelle
 M. GERBAUD Laurent

M. TAUVERON Igor
 M. MOM Thierry
 M. RICHARD Ruddy
 M. RUIVARD Marc
 M. SAPIN Vincent
 M. BAY Jacques-Olivier
 M. COUDEYRE Emmanuel
 Mme GODFRAIND Catherine
 M. ABERGEL Armando
 M. LAURICHESSE Henri
 M. TOURNILHAC Olivier
 M. CHIAMBARETTA Frédéric
 M. FILAIRE Marc

M. GALLOT Denis
 M. GUY Laurent
 M. TRAORE Ousmane
 M. ANDRE Marc
 M. BONNET Richard
 M. CACHIN Florent
 M. COSTES Frédéric
 M. FUTIER Emmanuel
 Mme HENG Anne-Elisabeth
 M. MOTREFF Pascal
 Mme PICKERING Gisèle
 M. RABISCHONG Benoît

Pneumo-phtisiologie
 Radiothérapie option Clinique
 Cardiologie et Maladies Vasculaires
 Dermatologie -Vénérologie
 Psychiatrie d'Adultes
 Chirurgie Maxillo-Faciale
 Epidémiologie, Economie de la Santé
 et Prévention
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Physiologie
 Médecine Interne
 Biochimie et Biologie Moléculaire
 Cancérologie
 Médecine Physique et de Réadaptation
 Anatomie et Cytologie Pathologiques
 Hépatologie
 Maladies Infectieuses et Tropicales
 Hématologie
 Ophtalmologie
 Anatomie – Chirurgie Thoracique et
 Cardio-Vasculaire
 Gynécologie-Obstétrique
 Urologie
 Hygiène Hospitalière
 Médecine Interne
 Bactériologie, Virologie
 Biophysique et Médecine Nucléaire
 Physiologie
 Anesthésiologie-Réanimation
 Néphrologie
 Cardiologie
 Pharmacologie Clinique
 Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
Mlle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À MON DIRECTEUR DE THÈSE ET PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Etienne MERLIN,

Chef du pôle Femme et enfant (FEE) - CHU de Clermont-Ferrand

Tu m'as fait l'honneur de prendre le relais dans la direction de ma thèse et de présider ce jury. Je te remercie pour ton soutien et ta disponibilité. Merci d'avoir succédé si efficacement à Véronique. Merci pour tes précieux conseils et ta bienveillance. J'ai fait mes premiers pas d'interne au sein de ton service, ce qui m'a inspiré ce travail, et je clôture mon cursus à tes côtés. Soit assuré de ma plus profonde reconnaissance.

À MON JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur Philippe VORILHON,

Directeur du département de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Je vous remercie d'apporter votre expertise à la critique de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Docteur Catherine LAPORTE,

Maitre de conférences des Universités de Médecine Générale - Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté aussi spontanément de juger ce travail. Soyez assurée de ma respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Baptiste BOYER,

Chef du service de Médecine légale - CHU de Clermont-Ferrand

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury. Je vous remercie de la disponibilité dont vous avez fait preuve et de l'attention portée à cette étude. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

JE TIENS EGALEMENT À REMERCIER :

Madame le Docteur Véronique POIRIER-CARTRON,

Praticien hospitalier en Réanimation néonatale et pédiatrique - CHU Clermont-Ferrand

Je vous remercie de m'avoir accompagné aux phases initiales de ma thèse, tant que vous avez pu.

Madame Candice MORAL-PETINIOT,

Coordonnatrice à l'Unité de Victimologie Enfants et Femmes Enceintes - CHU Clermont-Ferrand

Je te remercie de m'avoir apporté ton expertise en maltraitance infantile. Merci de m'avoir accompagné dans la réalisation de cette thèse.

Madame Aurélie CHAUSSET,

Attachée de recherche clinique, CRECHE - CHU Clermont-Ferrand

Je te remercie pour ton aide et ton soutien indéfectible, merci d'avoir été à mes côtés tout au long de ce travail.

Je tiens également à remercier Emmanuelle ROCHETTE et Nelly GOURDON-DUBOIS pour leur participation à l'élaboration de ce projet.

Monsieur Bruno PEREIRA,

Biostatisticien, PhD, Délégation Recherche Clinique & Innovation - CHU de Clermont-Ferrand

Tu m'as apporté un immense soutien dans la réalisation de ce projet, merci pour toute l'attention et la patience dont tu as fait preuve. Soit assuré de ma sincère gratitude.

Madame Céline LAMBERT,

Biostatisticienne, Délégation Recherche Clinique & Innovation - CHU de Clermont-Ferrand

Merci pour ton aide précieuse dans l'élaboration des données statistiques.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	9
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	12
LISTE DE ABRÉVIATIONS	13
INTRODUCTION	14
PRÉAMBULE	15
MÉTHODE	18
1. Population cible.....	18
2. Critères d’inclusion et de non inclusion.....	18
3. Méthodologie	19
3.1. Type de recherche	19
3.2. Déroulement de l’étude	19
3.3. Objectifs de l’étude.....	19
3.4. Recueil de données.....	19
3.5. Considérations statistiques	21
3.6. Considérations éthiques	22
RÉSULTATS	23
1. Analyse descriptive de la population	24
1.1. Aspects socio-démographiques.....	24
1.2. Aspects en lien avec l’agression	25
1.3. Facteurs de risque de maltraitance.....	27
1.4. Éléments évocateurs de maltraitance.....	28
2. Analyse comparative à la population générale	30
3. Analyse des correspondances multiples.....	36
DISCUSSION	41
1. Discussion de l’étude.....	41
1.1. Aspects socio-démographiques.....	41
1.2. Aspects socio-économiques	44
1.3. Examen clinique	46
1.4. Mesures judiciaires :	47
1.5. Analyse des correspondances multiples	48
2. Limites de l’étude	50
3. Points forts de l’étude	52
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	58
SERMENT D’HIPPOCRATE	64

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

FIGURES

Figure 1 : Flow chart

Figure 2 : Répartition des enfants selon leur âge

Figure 3 : Répartition des naissances selon l'âge maternel à l'accouchement

Figure 4 : Nombre d'enfants au sein du foyer suspecté de maltraitance par rapport à la population générale (ratio population étudiée / population générale)

Figure 5 : Répartition des clusters au sein de chaque catégorie d'âge des enfants

Figure 6 : Répartition des clusters en rapport avec les âges parentaux

Figure 7 : Agresseur suspecté au sein de chaque cluster

TABLEAUX

Tableau I : Aspects en lien avec l'enfant

Tableau II : Aspects en lien avec les parents et l'entourage

Tableau III : Examen clinique lors de la consultation de victimologie

Tableau IV : Comparatif à la population générale

Tableau V : Caractéristiques socio-démographiques, ITT et mesures judiciaires

Tableau VI : Facteurs de risques et éléments évocateurs de maltraitance

LISTE DE ABRÉVIATIONS

ASE : aide sociale à l'enfance

AVP : Accident de la voie publique

CRIP : Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes

DS : Déviation standard

IMC : Indice de masse corporelle

IOTF : International Obesity Task Force

IP : Information Préoccupante

ITT : Incapacité totale de travail

ODAS : Observatoire national de l'action sociale

OMS : Organisation mondiale pour la santé

ONED : Observatoire national de l'enfance en danger

ONPE : Observatoire national de la protection de l'enfance

OPP : Ordonnance de placement provisoire

PMI : Protection maternelle et infantile

UISE : Union internationale de secours aux enfants

UMJ : Unités Médico-Judiciaires

INTRODUCTION

La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique. Les conséquences peuvent aller jusqu'au décès de l'enfant, sinon entraîner des troubles physiques et psychiques persistant souvent à l'âge adulte.

La maltraitance des enfants est un phénomène dont la magnitude est difficile à évaluer, elle est peu étudiée dans la littérature. Elle toucherait environ un mineur sur dix dans les pays occidentaux développés. En France, chaque année, 4 à 16% des enfants seraient victimes de violences physiques, les enfants les plus jeunes étant les plus concernés. 5 à 35% des enfants seraient soumis à des violences physiques sévères pendant l'enfance. Plus de 80% des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille. (1,2,5)

Cependant, la maltraitance est sans doute un phénomène sous-estimé. De nombreux enfants maltraités ne sont pas signalés, et par conséquent non protégés. Le médecin est parfois le seul à avoir l'opportunité de repérer la souffrance de l'enfant et de permettre la mise en place de mesure de protection. (1,3,4)

L'analyse de la littérature permet de recueillir des listes fastidieuses d'éléments évocateurs de maltraitance, qui ne sont pas spécifiques lorsqu'ils sont pris isolément. Ainsi, il n'est pas évident de savoir repérer les enfants victimes de violences physiques. Le but de ce travail de thèse est de cibler des profils d'enfants à risque d'être maltraités, pour savoir quand il est nécessaire de concentrer son attention au plus tôt sur cette suspicion de maltraitance physique, afin de briser le processus.

PRÉAMBULE

Pendant longtemps, la maltraitance infantile était masquée par l'influence du pater familias. En 1860, Ambroise Tardieu, médecin légiste français, est le premier à attirer l'attention sur ce phénomène à l'intérieur des familles. Dans « Étude médicolégale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants », il donne la première description du syndrome des enfants battus (maltraitance sur mineur et violences sexuelles exercées contre ceux-ci), connu plus tard sous sa forme radiologique, le « syndrome de Silverman » (1953). (2,5)

Il faut attendre 1889 pour que la première loi française intervienne en faveur de la protection des enfants maltraités, fixant alors une limite à la cruauté des corrections parentales. Cependant, l'influence de ces mesures fut limitée, la maltraitance intrafamiliale étant encore socialement tue. En 1924, à Genève, se tient une première tentative de codifier les droits fondamentaux des enfants, initiée par l'Union internationale de secours aux enfants (UISE). La genèse des droits de l'enfant apparaîtra le 20 novembre 1959 lors de l'adoption de la charte éponyme par l'ONU. En Europe et aux États-Unis, les publications s'intensifient dans les années 1970. On commencera par s'intéresser au contexte de la maltraitance, puis à sa catégorisation par les anglo-saxons (violence physique, violence sexuelle, violence psychologique, négligence).

En 1989 est promulguée une loi relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Elle pose une obligation de signalement à l'autorité judiciaire des situations d'enfants maltraités et organise le recueil des signalements. Cette même année, l'Assemblée générale des Nations unies adopte la Convention internationale des droits de l'enfant, premier traité international dont le but est de protéger les droits de tous les enfants dans le monde. (6)

Depuis sa création en 2004, l'ONED, devenu ONPE (Observatoire national de la protection de l'enfance) en 2016, est chargé de l'observation des enfants en danger.

En 1999, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) donne la définition suivante : « L'abus ou la maltraitance à enfant consiste dans toutes les formes de mauvais traitement physique et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, résultant en un mal effectif ou potentiel à la santé de l'enfant, à sa survie, à son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, confiance ou pouvoir ». (7)

La loi du 5 mars 2007 a élargi la notion d'enfants maltraités à celle d'enfants en danger et introduit la notion d'information préoccupante. (8) Les enfants en danger regroupent l'ensemble des enfants signalés comme maltraités ou à risque. Selon l'Observatoire National de l'Action Sociale (ODAS), un enfant est considéré maltraité lorsqu'il est victime de violences physiques, de violences sexuelles, de négligences lourdes, de violences psychologiques ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. L'enfant en risque de danger est celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui ne subit pas à proprement parler de sévices.

L'information préoccupante est définie comme étant une information transmise à la Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) pour alerter le président du conseil départemental sur la situation d'un mineur « 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 » (art. R226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles). La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur, et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Le terme de signalement (Annexe) est réservé à la saisine du procureur de la République pour les faits les plus graves, nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger un mineur. (2,9)

Une prise en charge médicale au sein de l'unité de victimologie est accessible par deux moyens :

- suite à un dépôt de plainte, sur réquisition des autorités judiciaires (Police, Gendarmerie)
- sur demande spontanée de la victime ou d'une personne de son entourage

Un certificat médical de constatation des lésions et traumatismes est alors rédigé, déterminant l'incapacité totale de travail (ITT).

Une prise en charge psychologique est systématiquement proposée à la victime.

MÉTHODE

1. Population cible

L'étude s'adresse à tous les enfants âgés de 1 à 10 ans révolus, victimes de maltraitance physique, consultant au pôle de victimologie Enfants et Femmes Enceintes du CHU de Clermont-Ferrand, centre référent en maltraitance infantile. Ce service reçoit l'ensemble des mineurs du Puy-de-Dôme, jusqu'à 16 ans, lorsque ceux-ci sont suspectés d'être victimes de violences physiques, sur demande spontanée ou sur réquisition de la justice.

Les enfants de moins de 1 an n'ont pas été inclus dans l'étude pour évincer le syndrome du bébé secoué, forme la plus répandue de maltraitance physique avant l'âge de 1 an et plus largement étudiée, bénéficiant de davantage de publications, protocoles et recommandations. (10)

Au-delà de 10 ans, la maltraitance physique a une proportion moindre par rapport à la maltraitance sexuelle en particulier. Elle est bien plus extra-familiale (violence entre adolescents, agressions extérieures,...). Il est à noter que les enfants victimes de violences le sont, le plus souvent, depuis leur petite enfance ; ainsi, s'intéresser à des enfants de moins de 10 ans permettrait de les repérer de manière plus précoce. (11)

2. Critères d'inclusion et de non inclusion

Sont inclus les enfants âgés de 1 à 10 ans révolus victimes de maltraitance physique selon la définition suivante proposée par l'Organisation Mondiale pour la Santé : « L'abus ou la maltraitance à enfant consiste dans toutes les formes de mauvais traitement physique [...] résultant en un mal effectif ou potentiel à la santé de l'enfant, à sa survie, à son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, confiance ou pouvoir ». (12)

Sont exclus les enfants victimes du syndrome du bébé secoué pour lequel un plus grand nombre de publications et de protocoles existent, de même que les enfants ayant été victimes d'un accident (accident de la voie publique (AVP), chute de cheval, etc.). (10)

3. Méthodologie

3.1. Type de recherche

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective monocentrique. La période couverte par l'étude s'étend du 1^e janvier 2018 au 31 décembre 2018.

3.2. Déroulement de l'étude

Un formulaire de recueil de données a été élaboré à partir de l'étude de la littérature et en collaboration avec des experts (méthodologistes et attachés de recherche clinique). Il comprend 2 parties : facteurs de risque et éléments évocateurs de maltraitance.

Les données sont issues des dossiers du pôle de victimologie Enfants et Femmes Enceintes du CHU Estaing de Clermont-Ferrand, enregistrés sur l'année 2018 et répondants aux critères d'inclusion.

Elles sont collectées et traitées à l'aide du logiciel REDCap (Research Electronic Data Capture software). Les données recueillies de manière rétrospective sont anonymisées.

3.3. Objectifs de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et exploratoire de la population des enfants considérés comme victimes de violences. L'ensemble des facteurs de risques et éléments évocateurs de maltraitance physique ont été explorés. Les objectifs secondaires correspondent à la mise en évidence de facteurs prédictifs de maltraitance infantile physique et d'un profil d'enfants à risque par comparaison aux données de la population générale.

3.4. Recueil de données

Un questionnaire a été élaboré pour répondre aux objectifs de l'étude (Annexe 1). Il a été conçu à partir d'une recherche bibliographique PubMed, Sciencedirect et EM Premium, qui a permis d'identifier des facteurs de risque et éléments évocateurs, recueillis sans sélection préalable. Il a été créé de manière pluridisciplinaire (médecins, biostatisticiens, attachés de recherche clinique),

grâce au logiciel REDCap. Il s'agit d'un logiciel en ligne sécurisé, spécifique à la saisie de données pour les études cliniques. La saisie anonymisée des données, faite par l'interne en charge du projet, a été réalisée :

- À partir des informations des dossiers du pôle de victimologie Enfants et Femmes Enceintes du CHU de Clermont-Ferrand,
- Par consultation des données issues des logiciels Crossway et ICOS du CHU de Clermont-Ferrand, concernant l'enfant lui-même ainsi que ses parents et sa fratrie.

Seuls les investigateurs avaient un accès aux données collectées et étaient soumis au secret professionnel.

Le questionnaire comprenait deux parties recueillant les données suivantes (Annexe 1) :

✓ FACTEURS DE RISQUE :

- Démographie du patient au moment de la consultation avec le médecin expert : âge, sexe et indice de masse corporelle (IMC) de l'enfant, situation des parents et répartition de la garde en cas de séparation, âge et profession des parents, nombre d'enfants au sein du foyer suspecté de maltraitance, agresseur suspecté, interruption temporaire de travail (ITT), mesure judiciaire.
- Situation parentale :
 - Périnatalité : événements en liens avec la grossesse, troubles psycho-pathologiques du post-partum, modifications de la durée du séjour post-natal lié aux parents.
 - Antécédents personnels parentaux : troubles parentaux des conduites, violence ou carence affective dans l'enfance des parents.
 - Contexte familial et socio-économique : facteurs de précarité, fragilité émotionnelle, contexte familial violent.
- Parentalité
- Situation de l'enfant : malformation/handicap, comportement difficile.

✓ ÉLÉMENTS ÉVOCATEURS :

- Comportement de l'enfant : comportement anormal de l'enfant et/ou des parents lors de la consultation de victimologie.
- Anamnèse : retard de recours aux soins, explications suspectes, antécédents de mise en danger, troubles du développement de l'enfant.
- Retentissement fonctionnel
- Examen physique : caractérisation générale des lésions.
- Lésions tégumentaires : localisation inhabituelle, forme suspecte, brûlure, morsure ou perte de cheveux suspecte, lésion de traction de l'oreille.
- Lésions squelettiques : localisation ou aspect radiologique suspect.

3.5. Considérations statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Stata (version 13, StataCorp, College Station US) et R (<https://cran.r-project.org/>). La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne \pm écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. La normalité a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk. L'étude des relations entre variables catégorielles a considéré les tests du Chi2 ou exact de Fisher tandis que les comparaisons entre groupes indépendants concernant les paramètres de nature quantitative ont été réalisées par application d'ANOVA ou de test de Kruskal-Wallis lorsque les conditions de l'ANOVA n'étaient pas respectées. Toutes les analyses ont été réalisées en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5%, autrement dit une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification était inférieur à 5%.

Par ailleurs, en complément de ces analyses, une approche par analyse factorielle de type analyse des correspondances multiples (ACM) a été mise en œuvre afin d'étudier les relations entre

variables (de nature catégorielle) et in fine, afin de définir des groupes de sujets (clusters) associés à ces groupes de variables. En d'autres termes, l'ACM peut être vue comme une technique exploratoire visant à résumer l'information contenue dans un grand nombre de variables afin de faciliter l'interprétation des relations existantes entre ces différentes variables. Plus précisément, l'ensemble des individus peut être représenté dans un espace à plusieurs dimensions où chaque axe représente les différentes variables utilisées pour décrire chaque individu. Pour chaque variable catégorielle, il y a autant d'axes que de modalités moins un. Ainsi, il faut trois axes pour décrire une variable à quatre modalités. Afin de mieux représenter ce nuage de points, on procède alors à un changement de systèmes de coordonnées (tant d'un point matriciel que géométrique) ; les individus étant dès lors projetés et représentés sur un nouveau système d'axes, obtenu de telle manière que la majorité des variations est concentrée sur les premiers axes. Ces axes permettent d'expliquer la majorité des différences observées dans l'échantillon, les autres axes n'apportant qu'une faible part additionnelle d'information ; et dès lors, l'analyse peut se concentrer sur ses premiers axes qui constituent un bon résumé des variations observables dans l'échantillon.

3.6. Considérations éthiques

L'étude a été présentée le 06 août 2019 devant le Comité d'Accompagnement des Projets de recherche clinique (COMAP) du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Clermont-Ferrand. L'étude a ensuite fait l'objet d'une déclaration simplifiée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

RÉSULTATS

Du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, 490 mineurs de moins de 16 ans ont été reçus au pôle de victimologie Enfants et Femmes Enceintes du CHU de Clermont-Ferrand.

Parmi ces patients, ont été retenus les mineurs de 1 à 10 ans, soit 197 patients. Une analyse de ces dossiers a permis de sélectionner 81 patients dont la plainte principale est la maltraitance physique. 98 de ces mineurs étaient victimes d'un autre type de violences : 68 enfants victimes de violences sexuelles, 13 enfants victimes de violences psychologiques, 17 enfants victimes de négligences. Ces différents types de violences étaient souvent intriquées ; c'est donc la plainte principale qui a été prise en compte. Il est à noter que les enfants ayant été victimes d'un accident – accident de la voie publique (AVP), chute de cheval, etc. – sont également reçus au pôle de victimologie pour qu'une ITT soit fixée. 18 enfants ont ainsi été exclus de l'étude (figure 1).

Figure 1 : Flow chart

1. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA POPULATION

1.1. Aspects socio-démographiques

Les caractéristiques de la population étudiées sont indiquées dans le tableau I.

Dans cette population, le sexe-ratio Garçons/Filles était de 1,38. Une grande majorité des enfants résidait dans le Puy-de-Dôme, les autres départements de la région possédant également des Unités Médico-Judiciaires (UMJ). (13) Selon le zonage défini par l'INSEE en 2010 : plus de la moitié des enfants vivaient dans une grande aire urbaine (un tiers au sein du pôle urbain de Clermont-Ferrand) et un quart dans les petites aires urbaines et zones rurales. (14)

Tableau I : Aspects en lien avec l'enfant

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES		
Sexe , n (%)		
Garçons	47 (58)	
Age moyen , ans (± SD)	5,9 (± 2,8)	
Corpulence , n (%) / N = 77		
Maigreux (< 3e percentile)	5,2 (4)	
Normale (3e au 97e percentile)	81,8 (63)	
Surpoids (> 97e percentile, > IOTF 25)	13 (10)	
- Surpoids excluant l'obésité (de l'IOTF 25 à l'IOTF 30)	7,8 (6)	
- Obésité (> IOTF 30)	5,2 (4)	
Situation des parents , n (%) / N = 80		
Séparés (vs en couple)	57 (71,2)	
Répartition de la garde lorsque les parents sont séparés , n (%) / N = 40		
Garde exclusive	5 (12,5)	
Garde alternée équitable	10 (25)	
Garde principale chez la mère	19 (47,5)	
Garde principale chez le père	6 (15)	
Lieu de vie , n (%)		
- Puy-de-Dôme		
Grandes aires urbaines	45 (55,5)	
Pôle urbain de Clermont-Ferrand	27 (33,3)	
Aires urbaines moyennes	5 (6,2)	
Petites aires urbaines et zones rurales	21 (25,9)	
- autres départements :		
Allier	9 (11,1)	
Haute-Loire	1 (1,2)	
ASPECT EN LIEN AVEC L'AGRESSION		
ITT*, n (%) / N = 78	0 jour	48 (61,5)
	1 jour	10 (12,8)
	2 jours	9 (11,5)
	3 à 7 jours	9 (11,5)
	≥ 8 jours	2 (2,6)
FACTEURS DE RISQUE		
Malformation/Handicap,	8 (9,9)	
Prématurité	4 (4,9)	
Hospitalisations répétées	2 (2,5)	
Difficultés des acquisitions	14 (17,3)	

* ITT : incapacité totale de travail

1.2. Aspects en lien avec l'agression

L'agresseur suspecté appartenait très majoritairement à la famille de l'enfant (tableau I). Douze enfants avaient de multiples agresseurs : 5 enfants ont été violentés par leur mère et leur beau-père, 2 par leur père et leur belle-mère, 3 par leurs deux parents, 1 par ses deux parents et sa fratrie, 1 par sa mère, son oncle et son grand-père maternels (tableau II).

Les faits étaient rapportés par un membre de la famille dans plus de deux tiers des cas ; le plus souvent par l'autre parent, sinon par la fratrie ou un autre membre de la famille. Lorsqu'une personne extérieure à la famille intervenait, elle appartenait la plupart du temps au milieu scolaire. Dans les autres cas, il s'agissait de l'aide sociale à l'enfance (ASE) (4,9%), d'un voisin (3,7%) ou des pompiers (2,5%) (tableau II).

La durée de l'ITT était nulle dans 61,5% des cas. Elle dépassait le seuil délictuel de 8 jours dans seulement 2,6% des cas (dont une ITT de 20 jours et une ITT de 10 jours) (tableau I).

Les enfants ont été pris en charge dans 80,2% des cas suite à une réquisition judiciaire, et dans 19,8% des cas dans le cadre d'une déclaration spontanée au pôle de victimologie. Ensuite, 44 mesures judiciaires ont été émises. Une information administrative a été transmise dans 32,1% des cas, soit par un membre du pôle victimologie, soit préalablement (par un médecin, par l'école, etc.). Plus exactement, 26,9% de ces informations administratives étaient des Informations Préoccupantes (IP) et 73,1% des signalements. Nous relevons que 22,2% des enfants reçus au pôle victimologie ont été placés. Nous remarquons que 83,3% des Ordonnances de placement provisoire (OPP) ont été émises suite à un signalement et aucune suite à une IP. Les autres OPP l'ont été dans le cadre d'un placement de fratrie. Lorsqu'un fait grave de maltraitance est suspecté sur un enfant – induisant une OPP – l'ensemble de sa fratrie est généralement placé dans un but de protection.

Tableau II : Aspects en lien avec les parents et l'entourage, n (%)

ASPECTS EN LIEN AVEC L'AGRESSION	
- AGRESSEUR SUSPECTÉ / N = 95	
Famille	
Père	40 (42,1)
Mère	29 (30,5)
Beau-père	9 (9,5)
Belle-mère	7 (7,4)
Autre (fratrie, grand-père, oncle)	3 (3,2)
Extra-familial	
Nourrice	3 (3,2)
Professeur	2 (2,1)
Autre (camarade, famille d'accueil)	2 (2,1)
- PERSONNE AYANT RAPPORTÉ LES FAITS DE MALTRAITANCE	
Famille	
Parent(s)	48 (59,3)
Fratrie	5 (6,2)
Autre	2 (2,5)
Extra-familial	
École	15 (18,5)
Médecin	2 (2,5)
Autre	9 (11,1)
PÉRINATALITÉ	
Grossesse non standard	14 (17,3)
Période néonatale compliquée	
Sortie de la maternité contre avis médical	4 (4,9)
Séjours à la maternité prolongés pour raison psychosociale	10 (12,3)
Autre	1 (1,2)
CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES D'AU MOINS UN PARENT	
Antécédents personnels de violences subies dans l'enfance	11 (13,6)
Carences affectives dans l'enfance	5 (6,2)
Troubles psycho-pathologiques	19 (23,5)
Comportement inadapté	8 (9,9)
Addictions	14 (17,3)
Antécédents judiciaires	3 (3,7)
PRÉCARITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE	
Famille reconstituée	26 (32,1)
Monoparentalité	5 (6,2)
Rythme de travail inversé	1 (1,2)
Lieu de vie précaire	14 (17,3)
Isolement social et/ou familial	7 (8,6)
Transplantation géographique, isolement géographique	6 (7,4)
Problèmes financiers	12 (14,8)
Mesures de protection dans la fratrie	14 (17,3)
FRAGILITÉ ÉMOTIONNELLE	
Maladie des parents	9 (11,1)
Maladie ou handicap dans la fratrie	6 (7,4)
Deuil, maladie d'un proche	0
Épuisement parental	1 (1,2)
CONTEXTE VIOLENT	
Conflits parentaux	23 (28,4)
Rupture, divorce en cours	2 (2,5)
Violences conjugales	22 (27,1)

1.3. Facteurs de risque de maltraitance

Nous observons que 17,3% des enfants étaient nés d'une grossesse non standard (grossesse multiple, grossesse pathologique, grossesse découverte tardive, grossesse non désirée, grossesse non suivie, séparation néonatale). Cinq enfants avaient deux de ces éléments associés : 2 enfants étaient issus d'une grossesse de découverte tardive et non désirée, 2 enfants d'une grossesse pathologique et non désirée, 1 enfant d'une grossesse de découverte tardive et non suivie. Les enfants issus de grossesses non standards ont été maltraités plus précocément, à l'âge de 4 ans en moyenne (tableau II).

En outre, 18,5% de la population a connu une période néonatale compliquée (dépression du post-partum, psychose puerpérale, modification de la durée du séjour post-natal liée aux parents, séparation néonatale, placement de l'enfant). Le séjour à la maternité a été prolongé pour raison psycho-sociale dans 12,3% des cas. Les enfants étaient sortis de la maternité contre avis médical dans 4,9% des cas (tableau II).

Par ailleurs, 32,1% des enfants ont évolué au sein d'une famille nombreuse, caractérisée ainsi à partir de 3 enfants.

Près d'un tiers des enfants faisait partie d'une famille reconstituée (tableau II).

Des mesures de protection dans la fratrie existaient dans 17,3% des cas. Les facteurs de précarité socio-économique concernaient 27 enfants de cette étude (soit 33,3% de la population). Les facteurs les plus récurrents étaient le lieu de vie précaire (absence de domicile fixe, logement indigne, hébergement de longue durée à l'hôtel), les problèmes financiers ou l'existence d'une mesure de protection dans la fratrie (tableau II).

De surcroît, 45,7% de la population étudiée a grandi dans un contexte violent (soit 37 enfants). Notamment, nous notons des conflits parentaux dans 28,4% des cas et des violences conjugales dans 27,1% des cas (tableau II).

Nous observons une parentalité dysfonctionnelle dans 27,2% des cas. La moitié de cet effectif était représenté par des soins inadaptés à l'enfant (enfant négligé, vêtements sales...). On relevait dans une moindre mesure une immaturité parentale, une absence de carnet de santé ou refus de le transmettre, un nomadisme médical, une absence de suivi médical ou une rigidité éducative (refus de vaccination, régimes alimentaires stricts, traitements homéopathiques exclusifs...). Par ailleurs, 17,3% des enfants avaient des difficultés des acquisitions (marche, propreté,...) (tableau I).

1.4. Éléments évocateurs de maltraitance

Un comportement anormal de l'enfant lors de la consultation était constaté dans presque la moitié des cas. Près d'un enfant sur 5 était anormalement anxieux. L'accompagnant de l'enfant avait remarqué une modification du comportement (sommeil, alimentation, à l'école, etc.) dans 11,1% des cas. Dans une moindre mesure, les enfants avaient une attitude prostrée, et parfois une hypervigilance, une labilité émotionnelle ou imprévisibilité du comportement, une attitude dépressive ou un stress post-traumatique (tableau III).

Un comportement parental anormal était noté dans 8,6% des cas : minimisation ou contestation des symptômes ou des dires de l'enfant, absence d'empathie, dénigrement, refus de prise en charge médico-sociale sans raison valable, hyper-recours aux soins, attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé. Il est à noter que seuls 15,5% des accompagnateurs lors de la consultation à l'unité de victimologie étaient l'agresseur suspecté (tableau III).

Les explications apportées par les parents aux lésions constatées lors de l'examen étaient souvent suspectes. En outre, 44,4% des enfants ont déjà été mis en danger auparavant (tableau III). Une relation statistiquement significative positive ressort en analyse bivariée entre l'existence de violences conjugales et les antécédents de mise en danger d'un enfant ($p=0,009$).

Tableau III : Examen clinique lors de la consultation de victimologie, n (%)

INTERROGATOIRE	
COMPORTEMENT	
Comportement anormal de l'enfant	
Enfant prostré	7 (8,6)
Déprimé	1 (1,2)
Passif à l'examen	0
Absence d'expression de la douleur	0
Hypervigilant	2 (2,5)
Agressif	0
Labilité émotionnelle / imprévisibilité du comportement	2 (2,5)
Affection sans discernement envers les étrangers	0
Modification du comportement de l'enfant	9 (11,1)
Anxiété	15 (18,5)
Stress post-traumatique	1 (1,2)
Comportement parental anormal	7 (8,6)
ANAMNÈSE	
Retard de recours aux soins	2 (2,5)
Explications suspectes aux accusations	
Absence d'explication accidentelle compatible	44 (54,3)
Explications confuses, changeantes, non plausibles	9 (11,1)
Antécédent d'accidents domestiques répétés	1 (1,2)
Antécédent de mise en danger	36 (44,4)
Plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire	0
Troubles du développement	
Retard staturo-pondéral	4 (4,9)
Retard psychomoteur	9 (11,1)
Trouble du comportement	6 (7,4)
Trouble de l'apprentissage	4 (4,9)
Chute des résultats scolaires	0
Trouble de la commande des sphincters	5 (6,2)
EXAMEN PHYSIQUE	
GÉNÉRALITÉS	
Hygiène précaire, n (%)	12 (14,8)
Examen lésionnel, n (%)	
- Absence de traumatisme retrouvé	27 (33,3)
- Lésion(s) visualisée(s)	54 (66,7)
LÉSIONS VISUALISÉES / N = 54	
Mécanisme peu clair, discordant	10 (18,5)
Ecchymose avant l'âge de la marche	1 (1,9)
Lésions multiples d'âges différents	16 (29,6)
Lésions de grande taille, d'autant plus que l'enfant est jeune	14 (25,9)
Localisation inhabituelle	44 (81,5)
Forme reproduisant celle d'un objet ou d'une main	11 (20,4)
Brûlures symétriques	0
Brûlures inexplicables	0
Brûlures à bords nets	1 (1,9)
Morsures avec un écart entre incisives > 3 cm	1 (1,9)
Pertes de cheveux localisées et non uniformes	0
Tirage de cheveux/oreille	1 (1,9)

Nous notions des troubles du développement chez plus d'un tiers des enfants, principalement un retard psychomoteur. Il existe 2 types de troubles de la commande des sphincters chez l'enfant : l'énurésie et l'encoprésie (tableau III).

Au moment de la consultation de victimologie, l'examen clinique était normal dans un tiers des cas. L'analyse des caractéristiques des lésions visualisées a été effectuée seulement sur les 54 enfants présentant des traces de sévices. Lorsque ces lésions étaient constatées, elles étaient multiples et d'âges différents, de grande taille et de mécanisme peu clair ou discordant. Les lésions tégumentaires étaient, dans plus de 8 cas sur 10, de localisation inhabituelle : joues, cou, tronc, périnée, fesses, face interne des membres. Leur forme reproduisait celle d'un objet ou d'une main chez 20,4% des enfants présentant des traces de violences. Le mécanisme lésionnel était discordant ou rapporté peu clairement pour près d'un mineur sur 5 (tableau III).

Les lésions squelettiques étant trop peu rapportées, nous avons décidé de ne pas présenter ces résultats.

2. ANALYSE COMPARATIVE À LA POPULATION GÉNÉRALE

Volontairement, nous n'avons pas effectué de test statistique sur les données suivantes en raison de la faible dimension de l'effectif (tableau IV).

Les données en population générale sont issues de celles publiées par l'INSEE. (15,16)

Tableau IV : Comparatif à la population générale

Items	population de l'étude	population générale
CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ENFANT, % (n)		
Sexe		
Garçons	58 (47)	51,2
Corpulence		
- Garçons de 6 à 10 ans / N = 26		
Maigreur (< 3 ^e percentile)	3,8 (1)	9
Normale (3 ^e au 97 ^e percentile)	76,9 (20)	80
Surpoids (> 97 ^e percentile, > IOTF 25)	19,2 (5)	7,5
- <i>Surpoids excluant l'obésité (de l'IOTF 25 à l'IOTF 30)</i>	15,4 (4)	4,8
- <i>Obésité (> IOTF 30)</i>	3,8 (1)	2,7
- Filles de 6 à 10 ans / N = 17		
Maigreur (< 3 ^e percentile)	0 (0)	9,6
Normale (3 ^e au 97 ^e percentile)	76,5 (13)	74,3
Surpoids (> 97 ^e percentile, > IOTF 25)	23,6 (4)	14,1
- <i>Surpoids excluant l'obésité (de l'IOTF 25 à l'IOTF 30)</i>	11,8 (2)	12,1
- <i>Obésité (> IOTF 30)</i>	11,8 (2)	2
- Enfants de 6 à 10 ans / N = 43		
Maigreur (< 3 ^e percentile)	2,3 (1)	9,3
Normale (3 ^e au 97 ^e percentile)	76,7 (33)	77,3
Surpoids (> 97 ^e percentile, > IOTF 25)	21 (9)	10,8
- <i>Surpoids excluant l'obésité (de l'IOTF 25 à l'IOTF 30)</i>	14 (6)	8,4
- <i>Obésité (> IOTF 30)</i>	7 (3)	2,4
SITUATION PARENTALE, % (n) / N = 80		
Séparés (en couple)	71,3 (57)	25
DONNEES LIEES A L'AGE DES PARENTS		
Age moyen des mères à l'accouchement (ans)	26,5	30,6
Différence d'âge entre les parents de 10 ans ou plus (%)	14,8	15
Répartition des naissances selon âge maternel, % (n)		
15 - 24 ans	35,4 (28)	6,8
25 -29 ans	36,7 (24)	32,4
30 - 34 ans	19 (15)	37,5
35 - 39 ans	5,1 (4)	20,6
40 - 50 ans	3,8 (3)	2,7
CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DETAILLEES EN 24 POSTES, % (n) / N = 25		
Agriculteurs exploitants	4 (1)	1,8
Commerçants et assimilés	4 (1)	2,4
Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	8 (2)	5,5
Techniciens	8 (2)	5,3
Employés de commerce	4 (1)	4
Ouvriers qualifiés	40 (10)	16,7
Ouvriers non qualifiés	8 (2)	8,2
Inactifs n'ayant jamais travaillé	20 (5)	1
Inactifs divers (autres que retraités)	4 (1)	3
NOMBRE D'ENFANTS AU SEIN DU FOYER SUSPECTE DE MALTRAITANCE, % (n) / N = 72		
1 enfant	9,7 (7)	45,3
2 enfants	52,8 (38)	40,2
3 enfants	16,7 (12)	11,3
4 enfants ou plus	20,8 (15)	3,2

Nous remarquons que le ratio garçons/filles était plus élevé dans la population étudiée (1,38 vs 1,05 en population générale) (tableau IV).

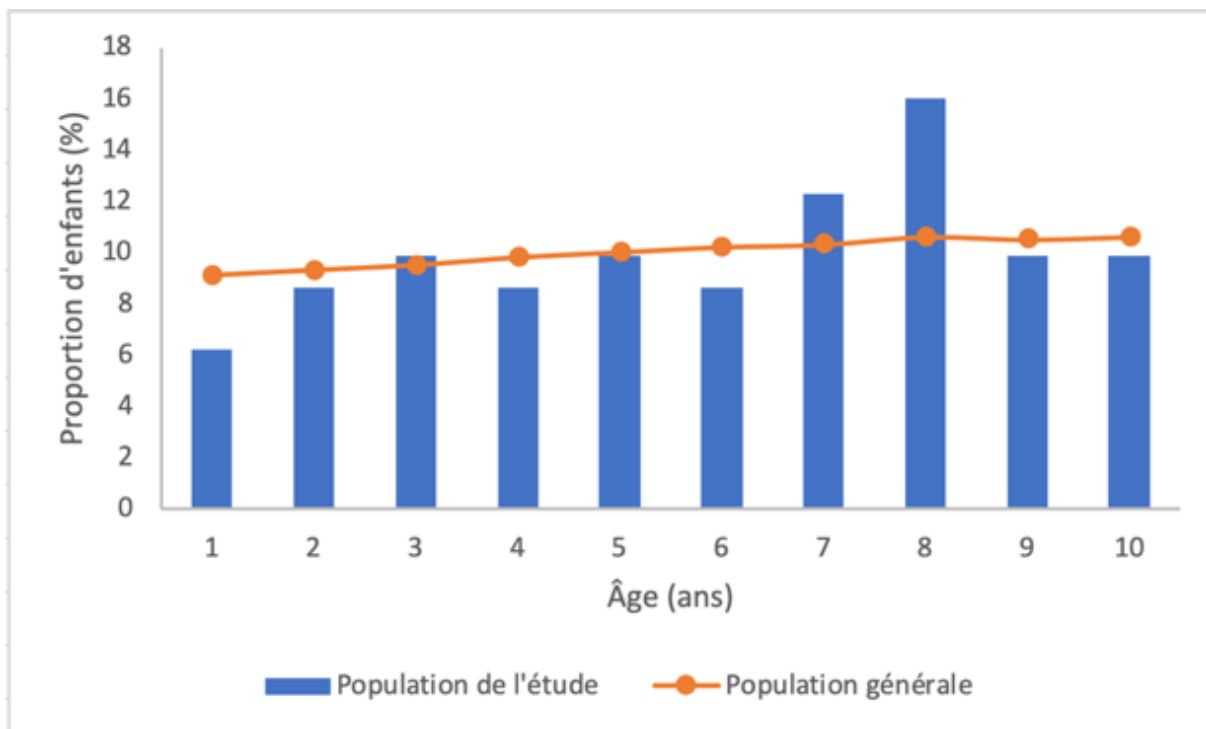
Les caractéristiques staturo-pondérales dans une population se distribuent symétriquement de part et d'autre de la moyenne, selon une courbe de Gauss, permettant de calculer des écarts types, appelés déviation standard (DS). L'International Obesity Task Force (IOTF), détermine des seuils définissant le surpoids et l'obésité. (Cole et coll., 2000) Ces seuils sont constitués par les percentiles IOTF 25 et IOTF 30, qui aboutissent respectivement aux valeurs de 25 et 30 kg/m² à 18 ans. Selon cette définition, le surpoids (supérieur à l'IOTF 25) inclut l'obésité. (17)

Nous avons pu comparer les données de corpulence uniquement pour les enfants de 6 à 10 ans en raison des informations disponibles en population générale. Il y avait 2 fois plus d'enfants en surpoids au sein de la population étudiée (21% vs 10,8% en population générale). De plus, il y avait davantage de filles obèses dans la population de l'étude (11,8% vs 3,8% de garçons obèses) (tableau IV). La proportion d'enfants à corpulence normale était sensiblement la même parmi toutes les populations. En revanche, nous constatons que sa répartition n'était pas gaussienne au sein de la population de l'étude. Nous notons qu'il y avait moins d'enfants en insuffisance pondérale – à proprement parler – au sein de la population étudiée. Cependant, on s'apercevait que 15,3% avait une faible corpulence (IMC \leq 10^e percentile) et un quart des enfants avait une forte corpulence (IMC \geq 90^e percentile).

Sont considérés comme séparés, tous les parents n'étant pas en couple (divorce, veuvage, monoparentalité, familles reconstituées, etc.). Les parents des enfants maltraités étaient nettement moins en couple que ceux de la population générale (respectivement 28,8% et 75%) (tableau IV). Il y avait moins de familles monoparentales dans la population étudiée (6,3% vs 18% en population générale). Le nombre de pères dans cette situation était sensiblement le même dans les 2 populations (5% dans la population étudiée vs 4% en population générale). Cependant, il y

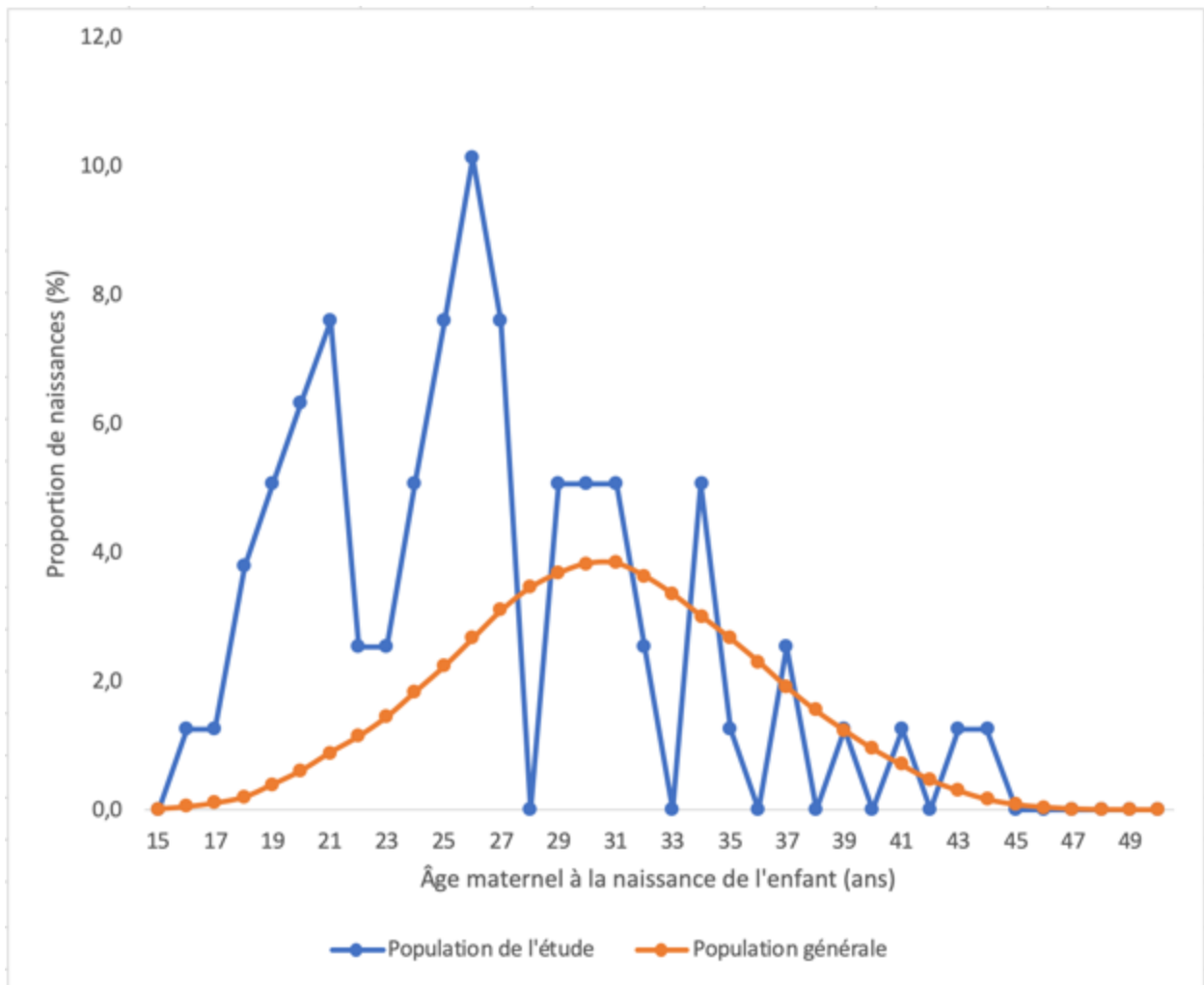
avait 4 fois moins de familles monoparentales « mère seule » (1,3% dans la population étudiée vs 16,5% en population générale).

Figure 2 : Répartition des enfants selon leur âge



La répartition des âges par année est sensiblement linéaire en population générale, entre 9,1 et 10,6%. La figure 2 met en évidence une moindre proportion d'enfants âgés de 1 an ; A contrario, un pic apparait à l'âge de 7 - 8 ans.

Figure 3 : Répartition des naissances selon l'âge maternel à l'accouchement



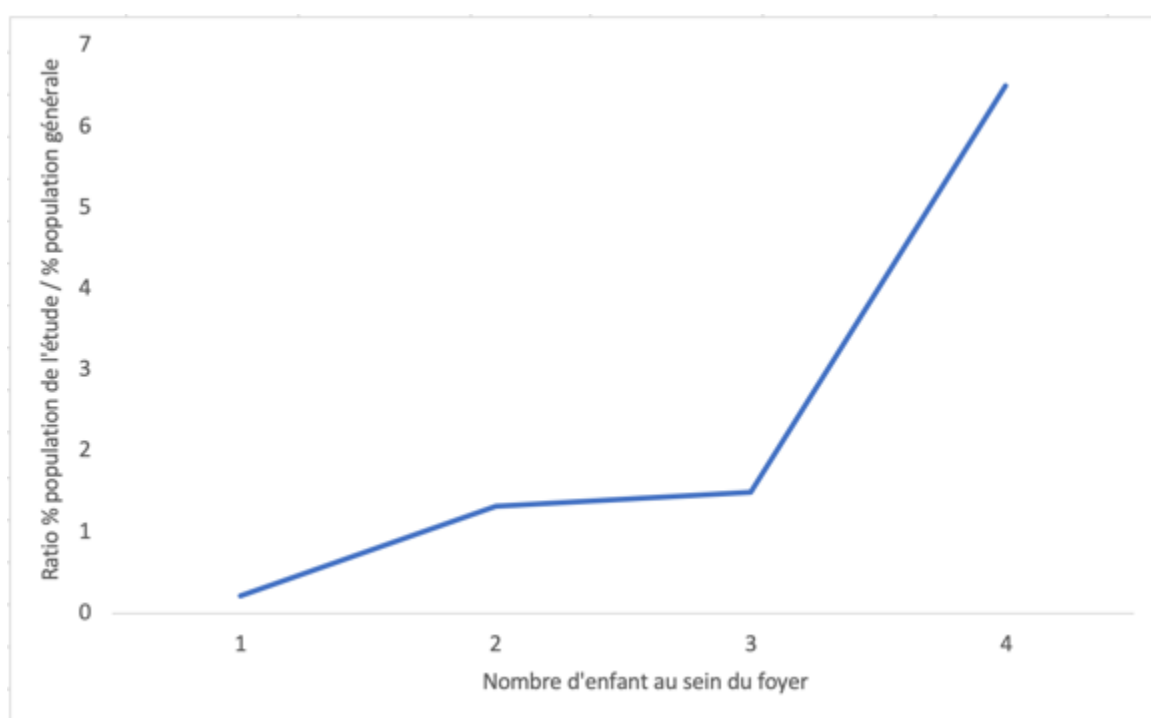
Les mères des enfants maltraités étaient plus jeunes à l'accouchement (26,5 ans vs 30,6 ans en population générale). La figure 3 présente une répartition des naissances selon l'âge maternel en population générale. Dans la population étudiée, nous remarquons 2 pics majeurs : un premier vers 20 ans (un quart des mères ont eu un enfant avant 22 ans) et un deuxième vers 26 ans. Il y avait beaucoup plus de mères mineures au moment de la naissance.

En France, 15% des couples ont une différence d'âge supérieure à 10 ans ; taux superposable à celui observé dans notre étude (14,8%).

Les catégories socio-professionnelles exposées dans le tableau IV sont celles retrouvées dans la population étudiée. Celles n'apparaissant pas sont les suivantes : Artisans, Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus, Professions libérales et assimilés, Cadres d'entreprise, Professions

intermédiaires de l'enseignement/de la santé/de la fonction publique et assimilés, Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, Contremaîtres/agents de maîtrise, Employés de la fonction publique, Employés administratifs d'entreprise, Personnels des services directs aux particuliers, Ouvriers agricoles, Anciens agriculteurs exploitants, Anciens artisans/commerçants/chefs d'entreprise, Anciens cadres et professions intermédiaires, Anciens employés et ouvriers. Deux catégories ressortaient davantage dans la population de l'étude par rapport à la population générale : les ouvriers qualifiés et les inactifs n'ayant jamais travaillé (respectivement 40% vs 16,7% et 20% vs 1%). Pour les couples séparés, nous avons regardé la profession dans le foyer suspecté de maltraitance. La personne de référence selon l'INSEE est le père dans les couples hétérosexuels. Ont donc été pris en compte – dans le foyer suspecté de maltraitance – les parents en couple, les familles monoparentales (mère et père), les foyers paternels suspectés de maltraitance. Ont été exclus les foyers maternels suspectés de maltraitance (le beau-père devenant alors la personne de référence du foyer dont la profession n'a pas été colligée) et les foyers dont les données sont manquantes.

Figure 4 : Nombre d'enfants au sein du foyer suspecté de maltraitance par rapport à la population générale (ratio population étudiée / population générale)

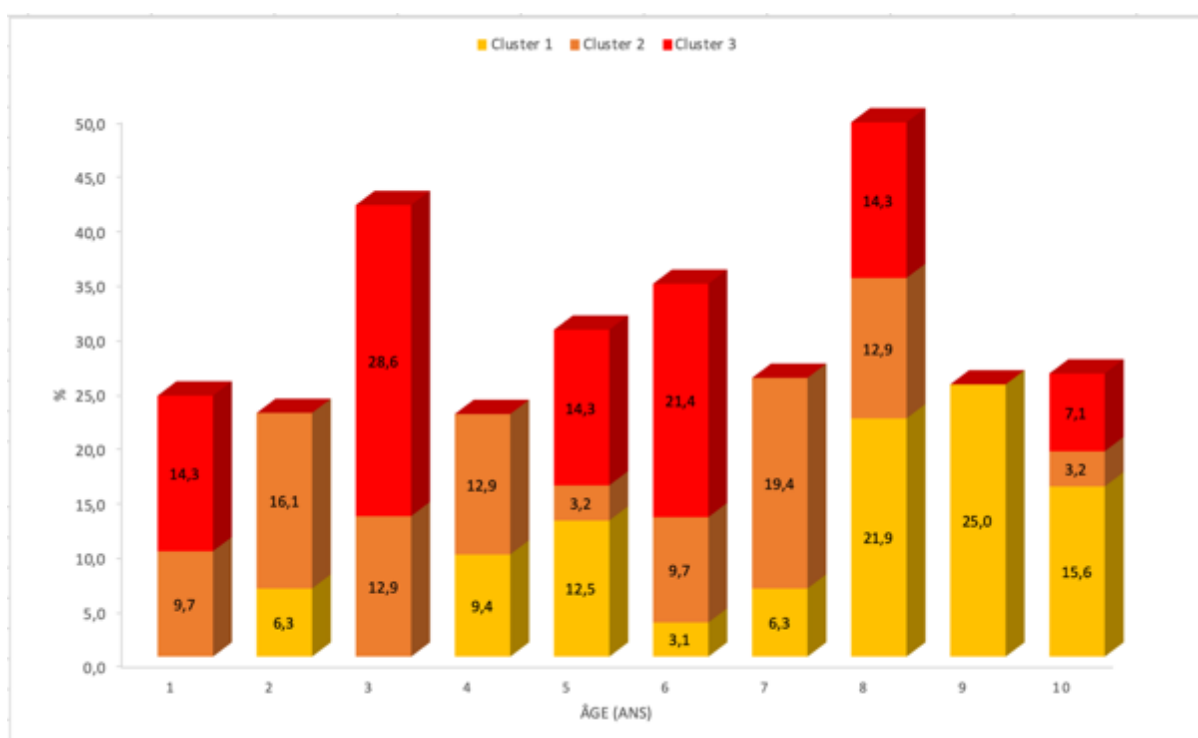


Nous avons choisi de présenter le nombre d'enfants vivant sous le même toit que l'agresseur. Ont été comptabilisés les enfants sous la responsabilité de l'auteur présumé des violences (enfants naturels et enfants du conjoint en cas de famille reconstituée). Les enfants uniques étaient beaucoup moins présents au sein de la population victime de violences (9,7% vs 45,3% en population générale). A partir de 2 enfants, le risque de maltraitance augmentait. La différence entre les deux populations était majeure dès 4 enfants (20,8% dans la population étudiée vs 3,2% en population générale). Cette relation est bien mise en évidence par la figure 4.

3. ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

L'analyse des correspondances multiples avait fait ressortir 3 clusters selon le degré de gravité de maltraitance. Le cluster 1 – maltraitance de moindre gravité – était constitué de 32 enfants, le cluster 2 – maltraitance de gravité intermédiaire – de 31 enfants et le cluster 3 – maltraitance la plus sévère – de 14 enfants.

Figure 5 : Répartition des clusters au sein de chaque catégorie d'âge des enfants (p < 0,001)



Nous remarquons que 42,9% des enfants du cluster 3 avaient entre 1 et 3 ans, contre 38,7% dans le cluster 2 et 6,25% dans le cluster 1. Les enfants du cluster 2 avaient entre 4 et 7 ans à hauteur de 45,2% ; 35,7% des enfants faisaient partie du cluster 3 et 31,3% du cluster 1. La majorité des enfants de 8 à 10 ans appartenaient au cluster 1 (62,5%), contre respectivement 16,1% et 21,4% dans les clusters 2 et 3 (figure 5).

Tableau V : Caractéristiques socio-démographiques, ITT et mesures judiciaires

		Cluster 1 (%)	Cluster 2 (%)	Cluster 3 (%)	p-value
Sexe	Garçon	56,3	51,6	71,4	0,46
	Fille	43,8	48,4	28,6	
Corpulence	Normale *	78,1	83,9	85,7	0,8
	En dehors de la norme **	21,9	16,1	14,3	
Situation parentale	en couple	40,6	13,3	35,7	0,045
	séparés	59,4	86,7	64,3	
Age maternel à la naissance	≤ 24 ans	28,1	38,7	28,6	0,08
	25 -29 ans	25	38,7	21,4	
	30 - 34 ans	25	19,4	7,1	
	≥ 35	12,5	3,2	14,3	
	Données manquantes	9,4	0	28,6	
Age paternel à la naissance	≤ 24 ans	12,5	16,1	42,9	0,004
	25 -29 ans	12,5	22,6	7,1	
	30 - 34 ans	15,6	32,3	7,1	
	≥ 35	12,5	22,6	7,1	
	Données manquantes	46,9	6,5	35,7	
Différence d'âge parental	≤ 5 ans	31,3	51,6	42,9	< 0,001
	5 - 9 ans	15,6	16,1	0	
	≥ 10 ans	0	25,8	0	
	Données manquantes	53,1	6,5	57,1	
Fratrie	1 enfant	3,1	9,7	7,1	0,048
	2 enfants	56,3	29	78,6	
	≥ 3 enfants	31,3	41,9	14,3	
	Données manquantes	9,4	19,4	0	
ITT***	0 jour	77,4	53,3	46,2	0,026
	1 jour	12,9	20	0	
	2 jours	3,23	16,7	23,1	
	3 à 7 jours	6,5	10	15,4	
	≥ 8 jours	0	0	15,4	
Mesures judiciaires	Réquisition judiciaire	78,1	71	100	0,059
	IP	3,1	19,4	0	0,064
	Signalement	6,3	12,9	85,7	< 0,001
	OPP	9,4	0	100	< 0,001
Personne ayant rapporté les faits de maltraitance	Famille	75	90,3	7,1	< 0,001
	Extra-familial	25	9,7	92,9	

* IMC entre le 3^e et le 97^e percentile ; ** IMC < 3^e percentile ou > 97^e percentile ; *** ITT : incapacité totale de travail

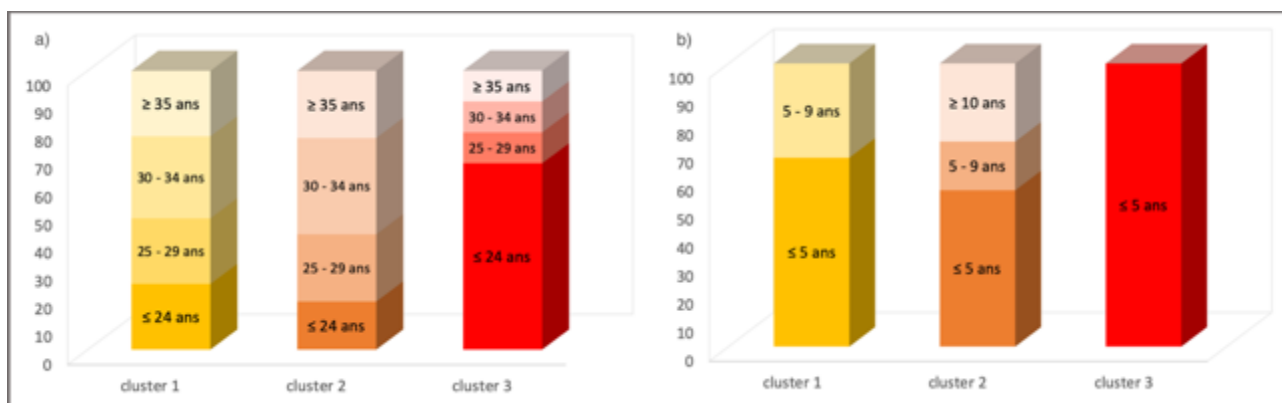
Aucune relation statistique ne ressortait entre le sexe ou la corpulence de l'enfant et la gravité de la maltraitance physique (respectivement p=0,46 et p=0,8) (tableau V).

La majorité des enfants dont le père avait moins de 24 ans lors de leur naissance ont été touchés par les violences les plus sévères. On constatait que près d'un tiers des données étaient manquantes pour l'âge paternel à la naissance, et donc pour la différence d'âge parental (tableau V). Cependant, si l'on considérait les données disponibles, il apparaissait que les deux tiers des enfants du cluster 3 avaient un père de jeune âge lors de leur naissance, contre 23,5% dans le cluster 1 et 17,2% dans le cluster 2 ($p=0,004$). Dans les mêmes conditions, tous les enfants du cluster 3 avaient des parents ayant moins de 5 ans d'écart (vs 66,7% dans le cluster 1 et 55,2% dans le cluster 2 ; $p<0,001$) (figure 6).

Même si les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs, l'ensemble des enfants du cluster 3 ont eu tendance à être admis à l'unité de victimologie sur réquisition judiciaire suite à un dépôt de plainte ; 85,7% ont été signalés et tous ont été placés.

86,7% des enfants du cluster 2 avaient leurs parents séparés et 64,3% de ceux du cluster 3, contre 59,4% parmi les enfants du cluster 1.

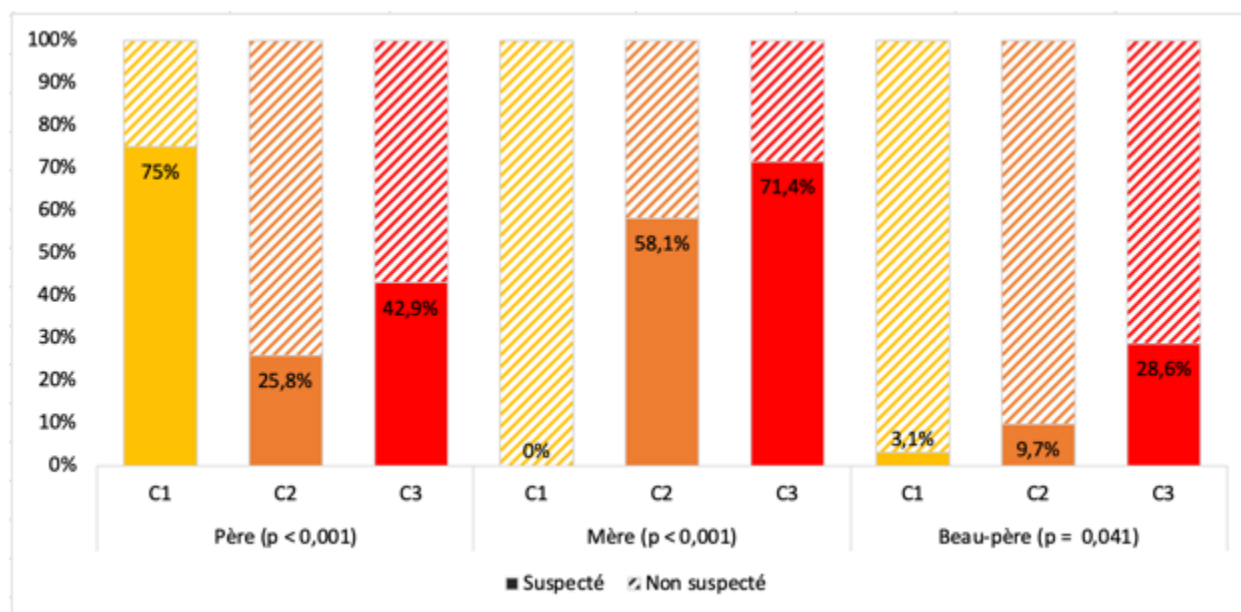
*Figure 6 : Répartition des clusters en rapport avec les âges parentaux **



a) Répartition des clusters selon l'âge paternel à la naissance ($p=0,004$) ; b) Répartition des clusters selon la différence d'âge parental ($p<0,001$)

* Seules les données disponibles sont prises en compte dans cette figure

Figure 7 : Agresseur suspecté au sein de chaque cluster



C1 = cluster 1, C2 = cluster 2 et C3 = cluster 3

Statistiquement parlant, aucune relation n'apparaissait significative avec le degré de gravité des violences lorsque l'agresseur était la belle-mère ou une autre personne que celles sus-citées dans la figure 7.

Les faits de maltraitance les plus sévères étaient révélés par une personne extérieure à la famille (école, ASE, voisins, médecins, pompiers) ; a contrario, les faits moins graves étaient révélés par une personne de la famille (parents, beaux-parents, fratrie, grands-parents) ($p < 0,001$). Plus particulièrement, les parents révélaient les actes de violence les moins graves : 75 % dans le cluster1 et 90,3% dans le cluster 2, contre 7,1 % dans le cluster 3 ($p < 0,001$).

La maltraitance était rapportée par un parent (incluant père, mère, beau-père et belle-mère) à hauteur de 83,9% dans le cluster 2 et 59,4% dans le cluster 1, contre seulement 7,1% dans le cluster3 ($p < 0,001$).

Tableau VI : Facteurs de risques et éléments évocateurs de maltraitance

	Cluster 1 (%)	Cluster 2 (%)	Cluster 3 (%)	p-value
Périnatalité				
Grossesse non standard	3.1	35.5	14.3	0,002
Période néonatale compliquée	3.1	16.1	35.7	0,012
Caractéristiques personnelles d'au moins un parent				
Trouble parental des conduites	28.1	51.6	35.7	0,16
Enfance parentale pathologique	6.3	25.8	21.4	0,08
Contexte familial et socio-économique				
Famille reconstituée	18.8	48.4	14.3	0,02
Précarité socio-économique	40.6	51.6	42.9	0,67
Fragilité émotionnelle	21.9	12.9	28.6	0,42
Contexte violent	56.3	51.6	0	0,001
parentalité dysfonctionnelle	12.5	22.6	57.1	0,007
Facteurs de risque de l'enfant				
Problèmes de santé de l'enfant	15.6	19.4	14.3	0,92
Difficultés des acquisitions	18.8	3.2	28.6	0,029
Examen clinique : interrogatoire				
Comportement anormal de l'enfant	34.4	38.7	14.3	0,27
Comportement parental anormal	3.1	12.9	0	0,20
Explications suspectes	40.6	80.7	71.4	0,003
Antécédents de mise en danger	50	45.2	21.4	0,19
Troubles du développement de l'enfant	25	16,1	21,4	0,71
Examen clinique : examen physique				
Hygiène précaire	3.1	12.9	50	< 0,001
Absence de traumatisme retrouvé	56.3	6.5	21.4	< 0,001
Mécanisme peu clair, discordant	0	16.1	35.7	0,001
Lésions multiples d'âges différents	6.3	29.0	35.7	0,016
Lésions de grande taille	6.3	16.1	50	0,002
Lésions de localisation inhabituelle	25	83.9	64.3	< 0,001
Forme lésionnelle reproduisant celle d'un objet ou d'une main	3.1	25.8	7.1	0,017

Malgré la moindre fréquence de constatation des lésions physiques, nous remarquons que, lorsqu'elles étaient visualisées, elles étaient corrélées avec le degré de gravité des maltraitances physiques subies (tableau VI).

DISCUSSION

1. Discussion de l'étude

1.1. Aspects socio-démographiques

Les 81 enfants de la population ont un âge moyen de 5,9 ans \pm 2,8 ans. La répartition des enfants selon leur âge est globalement similaire à celle de la population générale, hormis une moindre proportion d'enfants âgés de 1 an, pouvant s'expliquer par le mode de garde souvent exclusivement intra-familial à cet âge, limitant alors la révélation d'éventuelles maltraitances. On constate également un pic vers 6 – 7 ans, qui pourrait correspondre à l'âge où les enfants commencent à vraiment prendre conscience du bien et du mal et à mieux savoir l'exprimer (capacités de raisonnement). Les enfants sont maltraités plus précocément lorsqu'ils sont issus d'une grossesse non standard (grossesse multiple, pathologique ou encore non désirée), généralement 2 ans plus tôt ($p < 0,001$). Ils ont connu une période néonatale compliquée dans un cas sur 5.

Notre étude montre que la maltraitance infantile physique touche préférentiellement les garçons (ratio garçon/fille à 1,38 vs 1,05 en population générale) et les enfants en surpoids. Plus de la moitié des enfants maltraités vivent dans les grandes aires urbaines.

Outre le fait que l'obésité est un élément connu comme étant un facteur de risque de maltraitance, subir des violences peut générer des troubles du comportement alimentaire (restrictif ou boulimique). (18) 15,3% des enfants étaient de faible corpulence et 25% de forte corpulence.

Une naissance prématurée, une maladie ou un handicap de l'enfant (situations concernant 17,3% des mineurs de notre étude) entravent le développement des liens affectifs parents/enfant, rendant alors ce dernier plus vulnérable à la maltraitance. (19)

Les enfants dont les parents sont séparés ont beaucoup plus de risques d'être violentés. Il y a 4 fois moins de familles monoparentales composées de mères seules dans la population, cela semblerait donc être un facteur protecteur. La maltraitance est largement intra-familiale (92,6%), en accord avec ce qui est rapporté dans la littérature. (10) L'agresseur est l'un des deux parents (voire les deux) dans 72,6% des cas. Il s'agit du beau-père ou de la belle-mère dans 16,9 % des cas. Les faits de maltraitance sont rapportés dans 67,9% des cas par un membre de la famille, et en particulier dans 59,3% des cas par l'autre parent. L'école est à l'origine de près de deux tiers des rapports de faits de violences physiques sur enfant, alors que seuls 2,5% des enfants de la population étudiée ont été déclarés par un médecin. Reconnaître la possibilité de maltraitance à enfant est pourtant primordial pour tout médecin puisqu'il est parfois le seul à avoir l'opportunité de repérer la souffrance de l'enfant et permettre la mise en place de mesures de protection. Les principaux freins au signalement par les médecins – assez similaires dans différentes études – sont le fait d'être médecin de famille, la crainte du signalement abusif et d'une éventuelle procédure judiciaire. Sont également retrouvées dans la littérature, les difficultés éprouvées à reconnaître les cas de maltraitance sur mineur en raison d'un manque d'information et de formation, induisant un sentiment de solitude des médecins généralistes face à cette problématique. Le non-retour des signalements effectués pourrait être un frein à une action efficace. (20,21)

Nous remarquons qu'il n'y a pas de couples homosexuels cités dans cette étude. Selon des enquêtes réalisées par l'INSEE, il y aurait environ 100.000 couples de même sexe, dont environ 10% vivraient au moins une partie du temps avec un enfant. Ces derniers sont composés de femmes dans environ huit cas sur dix. Jusqu'ici, aucune étude ne prend véritablement en compte ces familles, en particulier en ce qui concerne la maltraitance infantile. On pourrait cependant déduire de cette absence totale le fait que de grandir au sein d'un couple homosexuel est un facteur protecteur de maltraitance infantile.

Les mères des enfants maltraités sont significativement plus jeunes à l'accouchement (27 ans vs 31 ans en population générale). Dans la population étudiée, nous remarquons deux pics majeurs :

un premier vers 20 ans et un deuxième vers 26 ans. Il y a significativement plus de mères mineures au moment de la naissance. Le sur-risque de maltraitance pourrait être favorisé par l'immatunité parentale lié à une parentalité précoce.

Les addictions sont régulièrement retrouvées dans notre étude. Smith et al. estiment que 20% des enfants vivent dans un foyer où l'un des adultes abuse de l'alcool ou consomme une drogue. Au-delà des conséquences psycho-sociales sur l'enfant, liées à ces addictions (retards de développement et d'éducation, troubles de la santé mentale et du comportement, risque plus élevé de reproduire les comportements addictifs des parents), les auteurs indiquent que ces mineurs ont un risque multiplié par 3 d'être victime de violence physique, sexuelle ou psychologique. (26)

Dans notre étude, près d'un quart des parents souffraient de troubles psychopathologiques et presque 10% d'entre eux avaient un comportement inadapté. Selon l'ONED, les quatre problématiques – statistiquement liées entre elles – les plus associées aux mauvais traitements envers les enfants sont, par ordre décroissant : la toxicomanie, les problèmes de santé mentale, la violence conjugale et les déficits cognitifs. (27) Ces éléments induisent une indisponibilité psychique, un biais de perception et une faible régulation des émotions, favorisant ainsi le risque de maltraitance infantile. La violence conjugale, notamment lorsqu'elle est intense et durable, doit être considérée comme un signe d'une situation possible de maltraitance directe de l'enfant. Les recherches nord-américaines estiment à 40% les enfants bénéficiant d'une mesure de protection exposés à la fois à des maltraitements/carences et à des violences entre leurs parents. (28) Casanueva, Martin et Runyan ont montré, par ailleurs, que les enfants avaient plus de risque d'être maltraités par leur mère lorsqu'elle était victime de violence physique de la part de son compagnon. (29) Outre les troubles psychologiques altérant l'architecture cérébrale de l'enfant, la violence conjugale induit souvent un retard staturo-pondéral, des troubles de l'attention et du développement, ainsi que des difficultés scolaires (Huth-Bocks, Levendosky, Semel, 2001). Une fois devenus adultes, la transmission intergénérationnelle de cette violence fait que les enfants

exposés à la violence conjugale sont plus à risque de vivre des relations intimes violentes (Rinfret-Raynor et Cantin, 1994). (30) Dans notre étude, près de 20% des parents ont connu une enfance pathologique (violences ou carences affectives).

La différence d'âge entre les parents ne semble pas être un facteur de risque de maltraitance.

La multiparité ressort de cette étude comme étant un facteur de risque de maltraitance. Les enfants uniques sont nettement moins présents au sein de la population victime de violences (4,5% vs 45,3% en population générale). A partir de 2 enfants, le risque de maltraitance augmente exponentiellement. La différence entre les deux populations est majeure dès 4 enfants (21,2% dans la population étudiée vs 3,2% en population générale). La multiparité est un facteur d'épuisement parental. Même si ce dernier n'est pas significativement relevé dans cette étude, il paraît évident qu'il s'agit d'un facteur favorisant de maltraitance, en fragilisant les mécanismes de contrôle de soi des parents.

1.2. Aspects socio-économiques

Nombre de travaux établissent une corrélation entre conditions de vie et risques de maltraitance à l'égard de l'enfant. Il est communément admis que plus une famille connaît des difficultés sur le plan socio-économique, plus les individus les plus vulnérables – tels les enfants – sont menacés de maltraitance. (24,31) Les enfants de notre étude grandissent souvent dans un contexte de précarité économique, en particulier dans un lieu de vie précaire et/ou au sein d'une famille qui connaît des problèmes financiers. Les deux catégories professionnelles ressortant dans la population des enfants maltraités sont les ouvriers qualifiés et les inactifs n'ayant jamais travaillé. Cependant, il semblerait que toutes les formes de maltraitements existent dans tous les milieux sociaux. (1) Steele et Pollock estiment que les parents qui maltraitent leur enfant proviennent de tous les horizons et catégories socio-économiques et professionnelles. (32) Les personnes issues

de milieux sociaux favorisés sont moins stigmatisées et ont une plus grande capacité à prévenir et contrôler les velléités. Elles sont également moins soumises à la surveillance des services sociaux. Ce phénomène était déjà observé par Strauss et al. en 1978. (33) L'évidence d'un lien direct entre pauvreté et maltraitance demanderait donc certainement à être nuancée. La précarité correspond à un état d'instabilité sociale lié à une perte de sécurité (santé, emploi, lien socio-familial) et ne se limite donc pas à des difficultés socio-économiques. On observe d'ailleurs dans cette étude que les facteurs de fragilité émotionnelle (maladie des parents, maladie ou handicap dans la fratrie,...) sont relevés dans un cas sur 5. Selon le contexte socio-économique, certains traits de caractère ou certaines manières d'être en société et en relation intra-familiale peuvent varier. Kempe a montré que les parents maltraitants étaient narcissiques, immatures et surtout impulsifs. (34) Certaines études rapportent que les principales covariables de la maltraitance sont les divers facteurs liés à l'histoire de vie de la mère, à l'espace de pauvreté qui est le leur, de même qu'une misère sociale et psychologique. (35) Dans cette conception, Gil estime que les passages à l'acte violent sont influencés par les contraintes et les tensions environnementales que subissent ces familles. (36) Les mécanismes de contrôle de soi, de gestion de l'agressivité seraient moins opérants lorsque les conditions de vie socio-économiques sont pénibles. Même si la paupérisation génère quantité d'expériences stressantes (constituant de facto des éléments précipitant la maltraitance), des manifestations – telles que celles de l'alcoolisme – complexifient et aggravent le tableau. Nous notons d'ailleurs dans cette étude que des troubles parentaux des conduites – tels que les addictions, les antécédents judiciaires, un comportement inadapté ou encore l'existence d'un trouble psycho-pathologique – sont très souvent relevés. Près d'un enfant sur deux de notre population grandit dans un contexte violent. Il ressort d'une étude indienne que l'existence de violences familiales double le risque de maltraitance. (19) Nous pouvons en déduire un contexte social au sens large dans lequel la maltraitance physique se produit. Il semble donc exister des circonstances et conditions environnementales favorisant les mauvais traitements.

1.3. Examen clinique

L'interrogatoire précise les circonstances de survenue des lésions, les signes fonctionnels et les troubles psychologiques décrits par l'enfant et son entourage. Il est capital d'observer le discours de l'enfant et son comportement durant l'entretien (en particulier ses réactions devant les propos du parent) puis l'examen physique, de même que l'attitude du parent. Dans notre étude, un comportement anormal de l'enfant lors de la consultation était constaté dans presque la moitié des cas et près d'un enfant sur 5 était anormalement anxieux. 8,6% des parents avaient un comportement anormal ; cependant, seuls 15,5% des accompagnateurs étaient l'agresseur suspecté. Finalement, plus de la moitié des accompagnateurs suspectés d'être l'agresseur avaient un comportement anormal lors de la consultation. Un retard de recours aux soins, parfois rapporté, est d'autant plus inquiétant que l'enfant est petit et que la blessure est grave. Les explications apportées par les parents aux lésions constatées lors de l'examen étaient souvent suspectes, dans deux tiers des cas. Pour plus de la moitié des enfants, les explications mentionnées n'étaient pas compatibles avec une cause accidentelle. 44,4% des enfants avaient déjà été mis en danger auparavant, ce qui est cohérent avec le caractère habituellement itératif des violences physiques. De plus, des antécédents de mise en danger sont significativement liés avec l'existence de violences conjugales ($p=0,009$).

Il existe 2 types de troubles de la commande des sphincters chez l'enfant : l'énurésie et l'encoprésie. L'énurésie secondaire est définie comme une incontinence urinaire apparaissant au-delà de l'âge de 5 ans, après une période de continence de 1 an. On parle d'encoprésie lorsqu'une incontinence fécale survient après l'âge de 4 ans, suite à une même période de continence de 1 an. L'apparition secondaire de troubles de la commande des sphincters chez l'enfant est connue comme étant causée la plupart du temps par un traumatisme. (2) Doit alors être envisagée la possibilité d'une maltraitance physique.

Les brûlures à bords nets, lorsqu'elles sont constatées, peuvent résulter d'une immersion prolongée ou d'une brûlure de cigarette. Des morsures avec un écart entre incisives de plus de 3cm doivent interpeler, étant compatibles avec la mâchoire d'un adulte.

Le délai entre l'agression et la consultation médicale étant souvent relativement long, des lésions n'étaient visualisées que dans deux tiers des cas et avaient parfois déjà bien régressé. De nombreuses caractéristiques lésionnelles sont rapportées dans la littérature. Celles apparaissant fréquemment dans notre étude sont les suivantes : lésions multiples et d'âges différents, de grande taille, de mécanisme peu clair ou discordant et surtout de localisation inhabituelle. (1,8,5,37)

Il est cependant important de garder en tête les arguments en faveur d'un diagnostic différentiel comme un syndrome hémorragique (purpura thrombopénique idiopathique, hémophilie...), un syndrome génétique (syndrome d'Ehlers-Danlos) ou des tâches mongoloïdes devant un hématome. (38)

1.4. Mesures judiciaires

Les enfants sont pris en charge au pôle de victimologie dans la plupart des cas sur réquisition judiciaire, donc suite à un dépôt de plainte. Une information administrative est transmise pour un tiers des enfants, soit par un membre du pôle violence, soit préalablement (par un médecin, par l'école, etc.). Ces informations administratives ne doivent en aucun cas mettre directement un tiers en cause. Un quart de ces informations administratives – les informations préoccupantes – sont transmises à la CRIP. La CRIP évalue toutes les IP puis met en route une action médico-sociale, voire une mesure de protection de l'enfant. Les autres informations administratives sont faites directement au Procureur de la République (joignable 24h sur 24) par un signalement (cf document-type en annexe 2). Suivant la gravité de cette situation, le Procureur de la République

peut ordonner un placement provisoire (OPP), en attendant que le juge des enfants organise une évaluation approfondie de la situation de l'enfant (HAS, 2011). (39)

22,2% des enfants reçus au pôle victimologie sont placés. 83,3% des Ordonnances de placement provisoire (OPP) sont émises suite à un signalement dans cette étude. Les autres OPP le sont dans le cadre d'un placement de fratrie. Lorsqu'un fait grave de maltraitance est suspecté sur un enfant – induisant une OPP – l'ensemble de sa fratrie est souvent placé afin de les protéger.

L'ITT – incapacité totale de travail – est une notion différente de l'arrêt de travail. Elle correspond à la difficulté d'une personne à effectuer les gestes de la vie courante. L'ITT déterminée est majoritairement de 0 jours dans notre étude. Elle dépasse le seuil délictuel de 8 jours dans seulement 2,6% des cas. En effet, le délai entre l'agression et la consultation médicale à l'origine de l'ITT est souvent de plusieurs jours à plusieurs semaines (délai de déclaration, délai de consultation, etc.), laissant le temps aux marques de disparaître et à l'état psychologique d'évoluer. Les 2 cas les plus graves mettaient en jeu le pronostic vital. Ainsi, les enfants ont immédiatement été pris en charge par un médecin, et l'ITT a donc été rapidement déterminée.

1.5. Analyse des correspondances multiples

On peut déduire que le cluster 3 est constitué des enfants les plus violemment maltraités puisqu'ils ont notamment les ITT les plus élevées (en particulier ceux ayant une ITT dépassant le seuil délictuel ; $p=0,026$) ; ils sont les plus signalés ($p < 0,001$) et les plus placés ($p < 0,001$). L'inverse est constaté pour le cluster 1. Les résultats sont intermédiaires pour le cluster 2.

Si le jeune âge maternel semble être un facteur de risque de maltraitance physique, les résultats tendent à montrer qu'il ne serait pas lié à la gravité des violences ($p=0,08$). Il en est de même pour le nombre d'enfants au sein du foyer.

Cette étude indique que certains items sont des facteurs de risque ou éléments évocateurs de maltraitance physique, sans qu'ils puissent pour autant être corrélés à l'intensité des violences : enfance parentale pathologique (carences affectives ou violences subies dans l'enfance), précarité socio-économique, fragilité émotionnelle parentale, problèmes de santé de l'enfant (prématurité, handicap, hospitalisations répétées), antécédents de mise en danger et troubles du développement de l'enfant.

Un contexte familial violent apparaît davantage dans les clusters 1 et 2.

Des explications suspectes à des lésions multiples d'âges différents et de localisation inhabituelles semblent fréquemment associées aux violences les plus graves (clusters 2 et 3).

- **Cluster 1, cluster dont la maltraitance est de moindre gravité :**

Les 32 enfants du cluster 1 ont entre 8 et 10 ans dans 62,5% des cas ; 71,9% des enfants ont plus de 6 ans ($p < 0,001$). Le cluster victime de violences de moindre gravité est donc composé en majorité des enfants les plus âgés de la population étudiée. Les trois quarts de ces enfants sont violentés par leur père. Plus de la moitié des enfants de ce cluster n'ont pas de traumatisme retrouvé au moment de la consultation. Ceci peut probablement être expliqué par la moindre gravité des lésions : puisqu'elles ne nécessitaient pas de soins médicaux immédiats ou étaient peu visibles, elles n'ont pas été constatées avant leur disparition.

- **Cluster 2, cluster dont la maltraitance est de gravité intermédiaire :**

Les 31 enfants du cluster 2 ont en majorité entre 4 et 7 ans ($p < 0,001$). C'est au sein de ce cluster qu'il y a la plus grande proportion d'enfants dont les parents sont séparés (86,7%) et ont tendance à présenter des troubles des conduites ($p=0,16$). Ils sont davantage issus de grossesses non standards ($p=0,002$) et vivent plus que les autres clusters au sein de familles reconstituées ($p=0,02$). Lorsque des lésions sont constatées, elles reproduisent plus fréquemment la forme d'un objet ou d'une main ($p=0,017$).

- **Cluster 3, cluster dont la maltraitance est la plus sévère :**

Les 14 enfants du cluster 3 ont en majorité moins de 5 ans. On remarque que la moitié de ces enfants sont repérés maltraités lors de leur entrée à l'école : 28,6% à l'entrée en maternelle (3 ans) et 21,4% à l'entrée en primaire (6 ans). Cette constatation est cohérente avec le fait que les violences envers ces enfants sont révélées par une personne extérieure à la famille. Les données disponibles indiquent que les enfants victimes des violences les plus sévères ont une proportion nettement supérieure de pères plus jeunes à la naissance. Les mères étaient globalement plus jeunes pour tous les enfants. Ainsi, non seulement la différence d'âge ne semble pas être un facteur de risque de maltraitance, mais les résultats suggèrent que les enfants exposés à la maltraitance la plus sévère ont deux parents très jeunes. Un enfant sur 7 de ce cluster est victime de violences physiques de la part de sa mère. En outre, lorsque le beau-père est l'agresseur, 28,6% des enfants sont rattachés au cluster 3 (vs 3,1% dans le cluster 1 et 9,7% dans le cluster 2 ; $p=0,041$). Les enfants de ce cluster présentent plus souvent une période néonatale compliquée ($p=0,012$). En effet, demander une sortie contre avis médical pour son nouveau-né représente sans aucun doute les prémices d'une parentalité dysfonctionnelle (soins inadaptés à l'enfant, immaturité parentale, etc.), également davantage retrouvée dans ce groupe ($p=0,007$). Les enfants issus du cluster 3 ont une hygiène nettement plus précaire que dans les 2 autres ($p<0,001$). Lorsque l'examen clinique permet de visualiser des lésions, elles sont plus fréquemment de grande taille ($p=0,001$) et de mécanisme peu clair ou discordant ($p<0,001$).

2. Limites de l'étude

Le biais de recueil d'informations, inhérent au caractère rétrospectif, est une limite majeure de cette étude. Certaines données sont manquantes puisque leur saisie est peu standardisée. Ainsi, cela induit un manque de puissance statistique dans l'analyse de ces informations. De plus, il est

impossible de savoir si le non recueil des données est lié à une réelle absence de ces éléments ou à une non consignation. Nous pouvons en déduire une probable sous-estimation de certains items. Le questionnaire permettant de colliger les données a été constitué à partir de tous les facteurs de risque et éléments évocateurs de maltraitance infantile physique consignés dans la littérature. Cependant, le contexte de consultation des enfants est ici parfois incompatible avec le recueil de certaines données. En effet, les enfants pris en charge au pôle de victimologie sont généralement suivis sur une courte période et dans un contexte singulier. Par exemple, il est impossible de constater un nomadisme médical. Un bilan radiologique n'étant pas systématiquement réalisé, les lésions squelettiques ne sont que sporadiquement visualisables.

Une enquête policière fastidieuse sur l'enfant et sa famille au sein de l'ensemble des logiciels du CHU de Clermont-Ferrand (Crossway, ICOS) a permis un recueil important de données (toutes anonymisées), en particulier sur les antécédents médico-sociaux et obstétricaux. Cependant, toutes les prises en charges extra-hospitalières n'étaient, bien sûr, pas accessibles.

Le faible effectif induit également une puissance statistique limitée.

Le but initial de cette étude était de mettre en place un outil de repérage précoce de la maltraitance infantile physique, par confrontation de ces données caractérisant la population des enfants maltraités à celles de la population générale, considérée non maltraitée avec une marge d'erreur de 10 %. Ces données auraient été recueillies à l'aide de ce même questionnaire – dans une version adaptée – par plusieurs médecins généralistes et pédiatres libéraux du Puy-de-Dôme. L'effectif nécessaire a été défini dans ce but à un minimum de 40 patients dans chaque bras. Le Comité d'Accompagnement des Projets de recherche clinique (COMAP) a émis des réserves quant à l'abord de ce sujet sensible en cabinets libéraux, notamment par l'absence de gold standard dans le dépistage de la maltraitance infantile, nous privant d'un argument d'autorité face aux parents les plus réticents. Ainsi, les contraintes imposées sont devenues incompatibles avec un tel travail de thèse et le sujet de l'étude a été redéfini. Nous avons décidé de nous focaliser sur la première partie de l'étude, en nous concentrant sur l'analyse de la population des enfants maltraités.

3. Points forts de l'étude

Nous avons recueilli un grand nombre de données (139 items explorés par patient) ; ainsi, les résultats obtenus nous semblent pertinents.

Les critères d'inclusion et d'exclusion assurent une bonne représentativité de la population des enfants victimes de violences physiques. Les données ne sont pas parasitées par les caractéristiques du syndrome du bébé secoué. Ce dernier est effectivement considéré comme un type de violences physiques, mais dont certaines caractéristiques lui sont propres. Inclure ces informations aurait pu biaiser le profil de l'enfant à risque de maltraitance physique. En outre, le syndrome du bébé secoué bénéficie déjà de nombreuses publications, d'une définition précise et de protocoles de dépistage bien établis.

À l'inverse, la littérature apporte peu d'informations sur le sujet de cette thèse. Les chiffres sont imprécis. On relève de longues listes de facteurs de risque et d'éléments évocateurs non pathognomoniques et non pondérés. De fait, leur intérêt en pratique courante est véritablement limité. Des recommandations éditées par l'HAS existent sur les conduites à tenir en cas d'incertitude ou de suspicion de maltraitance. (10) Cependant, il n'y a pas d'outil efficace utilisable en pratique courante qui permettrait de détecter ces cas et de déterminer sur quels critères et dans quels contextes les appliquer ; même si un médecin sur deux souhaiterait utiliser un tel outil de dépistage. (40)

Le chemin est encore long avant l'émergence d'un tel outil de dépistage précoce, mais ce travail de thèse en est un préalable indispensable.

CONCLUSION

Les violences envers les enfants et leurs conséquences constituent un problème majeur de santé publique. Il est souvent très complexe de repérer les enfants à risque. De nombreux enfants maltraités ne sont pas signalés. L'enjeu est de repérer ces enfants afin de les protéger le plus précocement possible. Les listes fastidieuses de facteurs de risque et d'éléments évocateurs retrouvées dans la littérature ne sont pas d'une grande aide en soi. En effet, ces informations ne sont pas pondérées et n'ont aucune spécificité lorsqu'elles sont prises isolément. Le but de cette étude descriptive et exploratoire était donc de mettre en évidence des facteurs prédictifs de maltraitance infantile physique et de cibler le profil des enfants à risque.

Nous avons donc mené une étude descriptive rétrospective monocentrique et inclus 81 patients de 1 à 10 ans, admis à l'unité de victimologie Enfants et Femmes Enceintes du CHU de Clermont-Ferrand. A partir des dossiers informatisés, nous avons recueilli pas moins de 129 données pour chaque patient, dans le but de mettre en évidence des éléments associés à la maltraitance physique des enfants.

Un profil d'enfants à risque de maltraitance physique semble se détacher : le garçon âgé de 6 ans et vivant dans les grandes aires urbaines. Ses parents sont séparés dans la majorité des cas. Près de la moitié des enfants vivent dans un environnement violent, au sein de familles reconstituées et nombreuses. Les mineurs vivant seulement avec leur mère paraissent peu touchés par la maltraitance physique. Les mères des enfants maltraités étaient plus jeunes à l'accouchement. Dans les cas les plus graves, les deux parents ont eu leur enfant alors qu'ils étaient très jeunes et font preuve d'une parentalité dysfonctionnelle (soins inadaptés à l'enfant, immaturité parentale, etc.). L'agresseur est le plus souvent le père. Cependant, les mères (et dans une moindre mesure les beaux-pères) sont responsables des maltraitements les plus sévères.

Les enfants grandissaient dans un tiers des cas dans un contexte de précarité socio-économique, même si cet élément est probablement plus un facteur précipitant qu'un facteur de risque à proprement parler. Les troubles psychopathologiques, les addictions, une parentalité dysfonctionnelle apparaissent comme des facteurs de risque parentaux de maltraitance physique infantile. Plus d'un tiers des enfants présentaient des troubles du développement. Un comportement anormal de l'enfant lors de la consultation était souvent constaté, à prédominance anxieuse. Lorsque des lésions étaient visualisées, elles étaient généralement de grande taille, multiples d'âges différents et de localisation inhabituelle. Pour près de deux tiers des mineurs, les explications mentionnées étaient suspectes. Des antécédents de mise en danger de l'enfant étaient souvent constatés. Les faits de maltraitance étaient rapportés par l'autre parent dans la majorité des cas.

Les résultats devront être confirmés sur une population plus importante. Ils devront ensuite être comparés en population générale grâce à un recueil de données similaires. Enfin, nous pourrions espérer pouvoir créer un outil de dépistage précoce de la maltraitance physique des enfants.

Clermont-Ferrand, le 18.11.19
Pierre CLAVELOU



Doyen - Directeur

Clermont-Ferrand, le 19/11/2019
Etienne MERLIN

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Etienne MERLIN".

Le Président du Jury

BIBLIOGRAPHIE

1. Lemesle M, Vabres N, Fleury J, Picherot G, Gras-Le Guen C. Repérage et conduite à tenir face à un enfant en danger. *Rev Prat*. 2015 Mai;65(5):660–4.
2. Samson B, Cornut C, Jousset C, Picherot G, Vabres N. Maltraitance envers les enfants et les adolescents. 2017. Available from: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/1102003/resultatrecherche/1>
3. Vandevoorde J. Aide-mémoire pour l'évaluation des enfants et des adolescents en danger de maltraitance. 2013. Available from: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/834586/resultatrecherche/20>
4. Bailhache M. Maltraitance physique de l'enfant: perception de la violence physique et simulation de l'impact d'un programme de prévention primaire et secondaire du traumatisme crânien infligé. Université de Bordeaux, 2016.
5. Jlalila Z, Znaigui T, Smida M. Le syndrome des enfants battus: aspects cliniques et radiologiques. *Pan Afr Med J*. 2016. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012761/>
6. Becker E de. Réalités et représentations dans les situations de maltraitance à enfants. 2009. Available from: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/198306/resultatrecherche/1>
7. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100>
8. Franchitto N, Guerin-Franchitto L. Maltraitance à enfants. 2011. Available from: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/292319/resultatrecherche/3>
9. Maltraitements : comprendre les évolutions pour mieux y répondre Appréciation des situations de maltraitance(s) intrafamiliale(s) CREA Rhône-Alpes et CREA Bretagne Rapport final – Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)–décembre 2015 https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/creai_ra_rapport_etude_onpe_decembre.pdf
10. Haute Autorité de santé. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir – fiche mémo. Recommandations professionnelles. 2014. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
11. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé Genève. 2002. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap3fr.pdf
12. K Rapport : consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant, OMS, Genève, 29-31 mars 1999. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Changements sociaux et santé mentale, Prévention de la violence et des traumatismes, 1999 Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
13. Etat des lieux Maltraitance Enfants.pdf. Available from: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2019-07/Etat%20des%20lieux%20%20MaltraitanceEnfantss.pdf>
14. Les grandes villes auvergnates étendent leur aire d'influence. INSEE. Lettre n°7 ; 2011.
15. Les « Chiffres clefs de la famille » de l'UNAF - Edition 2018. (UNAF - Union nationale des associations familiales | textebrut). Available from: <https://www.unaf.fr/spip.php?article23399>

16. Statistiques | Insee [Internet]. [cited 2019 Nov 10]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques?taille=100&debut=0&theme=2+4&categorie=1>
17. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000 May 6;320(7244):1240–3.
18. Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM, Burdette HL. The association between maltreatment and obesity among preschool children. *Child Abuse Negl*. 2007 Dec;31(11–12):1187–99.
19. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé. Genève. 2002.
20. Devevey J et al. Enfance en danger : pour mieux aider les familles en difficulté. 2012 mai. p. 232-237.
21. Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. 2015. Available from: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/973188/resultatrecherche/1>
22. Bywaters P, Bunting L, Davidson G, Hanratty J, Mason W, McCartan C, et al. The relationship between poverty, child abuse and neglect: an evidence review. 2016.
23. Radford L, Corral S, Bradley C, Fisher HL. The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse Negl*. 2013 Oct;37(10):801–13.
24. Massé R. Évaluation critique de la recherche sur l'étiologie de la violence envers les enfants. *Santé Ment Au Qué*. 1990;15(2):107–28.
25. Amalia A. Connaissances des médecins généralistes libéraux de la loi de protection de l'enfance du 5 mars 2007. Ille-et-Vilaine. 2013.
26. Smith VC, Wilson CR. Committee on substance use and prevention. Families Affected by Parental Substance Use. *Pediatrics*. 2016 Aug;138(2):e20161575.
27. Fortin A. L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ? *Empan*. 2009 Jun 5;n° 73(1):119–27.
28. Chamberland C, Léveillé S, Trocmé N. Enfants à protéger - Parents à aider : des univers à rapprocher. Québec. 2007.
29. Casanueva C, Martin SL et Runyan DK. Repeated reports for child maltreatment among intimate partner violence victims : Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being. 2009. *Child Abuse & Neglect*. n. 33, p. 84-93.
30. Lavergne C., Chamberland C., Laporte L., Baraldi R. Violence conjugale : impliquer les pères et aider les mères pour protéger les enfants. Montréal. 2003.
31. Massé R. Pauvreté, isolement social et violence envers les enfants : une étude cas-témoin. DSC de Verdun; 1990.
32. Steele B, Pollock C. A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. Chicago University. Press; 1968.
33. Straus P, Manciaux M, Deschamps G. Les jeunes enfants victimes de mauvais traitements (1972–1975). Paris. CTNERHI; 1978.
34. Kempe CH. A practical approach to the protection of the abused child and rehabilitation of the abusing parent. *Pediatrics*. 1973 Apr;51:Suppl 4:804-812.

35. Tremblay J-M, Massé R, Bastien M-F, La pauvreté génère-t-elle la maltraitance ? Espace de pauvreté et misère sociale chez deux échantillons de mères défavorisées. 2005. Available from: http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/pauvrete_genere_maltraitance/texte.html
36. Gil DG. Violence against children. *Marriage Family* 1971;33(4):637–48.
37. Bader-Meunier B, Nouyrigat V. Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements. 2007.
38. Martin-Lebrun E. Repérage des situations à risque de maltraitance en cabinet libéral. 2014. Available from: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/910368/resultatrecherche/3>
39. Desmond L. Enfance en danger : les freins aux signalements et aux informations préoccupantes chez les psychiatres. Aquitaine. 2016.
40. Gignon M, Jeu-Steenhouwer M, Vaysse B, Manaouil C, Ganry O. Perception des facteurs de maltraitance infantile par les médecins généralistes pour repérer et prendre en charge. *Rev d'Épidémiologie Santé Publique*. 2013 Oct 1;61:S310.
41. Modèle de signalement pour les sévices sur mineur. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/documents-types-demarches/documents-types-medecins/pratique/modele-signalement-sevices-mineur>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de recueil de données

Maltraitance physique rétrospectif
Page 1 of 5

Facteurs de risque

Record ID _____

Demographie du patient

Initiales patient _____
(1 initiale du nom, 1 initiale prénom)

Age de l'enfant _____

Sexe de l'enfant
 Garçon
 Fille

IMC de l'enfant (en percentile)
 inférieur au 3e percentile (insuffisance pondérale)
 entre le 3e et le 97e percentile (corpulence normale)
 supérieur au 97e percentile soit supérieur à IOTF 25 (surpoids)
 supérieur à IOTF 30 (obésité)

Situation des parents
 En couple
 Séparés
 Veuf(ve)s

Si parents séparés, précisez le mode de garde
 exclusive
 alternée équitable
 garde principale chez la mère
 garde principale chez le père

Age de la mere _____

Profession de la mere _____

Age du pere _____

Profession du pere _____

Freres et Soeurs
 Oui
 Non

Si frères et soeurs, combien ? _____

Agresseur suspecte
 Oui
 Non

Si agresseur suspecté, précisez :
 Père
 Mère
 Beau père
 Belle mère
 Nourrice
 Professeur
 Autre

Si autre agresseur, précisez _____

Durée d'ITT: _____
(en jours)

Mesure judiciaire:
 Oui
 Non

Si mesure judiciaire, précisez:

- réquisition
- information préoccupante
- signalement
- ordonnance de placement provisoire (OPP)

Situation parentale

Perinatalite

- Grossesse multiple
- Grossesse pathologique
- Grossesse découverte tardive
- Grossesse non désirée
- Grossesse issue d'une relation adultère
- Grossesse non suivie
- Accouchement au secret
- PMA
- Dépression du post-partum
- Psychose puerperale
- Sortie contre avis médical
- Sejours prolonges pour raison psychosociale
- Separation neo-natale
- Placement de l'enfant

Antecedents personnels

- Antecedents personnels de violences subies dans l'enfance
- Multiparite
- Troubles psycho-pathologiques
- Comportement inadapté
- Addictions
- Carences affectives dans l'enfance (famille d'accueil, placements multiples....)
- Antecedents judiciaires

Contexte familial et socio-economique

- Monoparentalité
- Famille reconstituée
- Rythme de travail inverse
- Lieu de vie précaire (pas de domicile fixe, logement indigne, hébergement de longue durée à l'hôtel)
- Maladie des parents
- Isolement social et/ou familial
- Transplantation géographique, isolement géographique
- Conflits parentaux
- Rupture, divorce en cours
- Problèmes financiers
- Maladie ou handicap dans la fratrie
- Violences conjugales
- Mesures de protection dans la fratrie
- Deuil, maladie d'un proche
- Epuisement parental

Autre

Parentalite

Parentalite

- Soins inadaptes de l'enfant (enfant negligé, vêtements sales...)
- Immaturité parentale
- Absence de carnet de santé, refus de le transmettre
- Nomadisme médical
- Absence de suivi médical
- Rigidité éducative : refus vaccination, régimes alimentaires stricts, traitements homéopathiques exclusifs...

Autre

Situation de l'enfant

Situation de l'enfant

- Prématurité
- Malformation
- Handicap
- Hospitalisations répétées
- Difficulté d'alimentation : pleurs, anorexie, vomissements
- Troubles du sommeil
- Comportement difficile : pleurs excessifs, agitation,....
- Etapes du développement de l'enfant plus éprouvantes / troubles spécifiques du développement

Autre

Elements evocateurs

Comportement

Comportement

- Enfant prostre
- Deprime
- Passif a l'examen
- Absence d'expression de la douleur
- Hypervigilant
- Agressif
- Labilité et imprevisibilité émotionnelle et du comportement
- Affection sans discernement envers les étrangers
- Modifications du comportement de l'enfant (sommeil, alimentation, a l'école, etc.)
- Absence d'empathie des parents
- Denigrement des parents
- Minimisation ou contestation des symptômes ou des dires de l'enfant
- Refus de prise en charge medico-sociale sans raison valable
- Hyper-recours aux soins
- Attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnelles de santé
- Anxiété

Autre

Anamnèse

Anamnèse

- Retard de recours aux soins (d'autant plus que l'enfant est petit et que la blessure est grave)
- Absence d'explication accidentelle compatible
- Explications confuses, changeantes, non plausibles
- Antécédents d'accidents domestiques répétés
- Antécédents de mise en danger
- Plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées ...)
- Retard staturo-pondéral
- Retard de développement psychomoteur
- Trouble du comportement
- Trouble de l'apprentissage
- Chute des résultats scolaires
- Retard des acquisitions
- Faits de maltraitance rapportés par:

Trouble de la commande des sphincters (énurésie âge sup. à 5 ans, encopréésie âge sup. à 4 ans après une période de continence de 1 an)

- Oui
- Non

Préciser par qui sont rapportés les faits :

_____ (parent, enfant, institutrice, oncle...)

Autres anamneses

Retentissement fonctionnel sur les actes de la vie quotidienne

- absent
- modéré
- important
- total

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

Pour personne mineure (moins de 18 ans)

(veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

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

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

Le mineur :

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

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

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

_____ »

- le mineur nous a dit que : «

_____ »

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :
(rayer la mention inutile)

Oui

Non

- description du comportement du mineur pendant la consultation :

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

-
-
-
-
-
-

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

Signalement adressé au Procureur de la République et copie à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental (ex conseil général)

Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné le mineur :

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 les 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 seront 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.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Maltraitance physique des enfants de 1 à 10 ans : description de cette population et élaboration du profil de l'enfant à risque

Résumé :

CONTEXTE – La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique dont la magnitude est difficile à évaluer. En France, 4 à 16 % des enfants seraient victimes de violences physiques. Il est souvent très complexe de repérer les enfants à risque. De nombreux enfants maltraités ne sont pas signalés, et par conséquent non protégés. L'enjeu est de repérer ces enfants afin de les protéger le plus précocement possible.

OBJECTIFS – L'objectif principal de cette étude a été de décrire la population des enfants considérés comme maltraités afin de mettre en évidence des facteurs prédictifs de maltraitance infantile physique et de cibler le profil des enfants à risque.

MÉTHODE – Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective monocentrique au sein du pôle de victimologie Enfants et Femmes Enceintes du CHU de Clermont-Ferrand. Étaient inclus les enfants âgés de 1 à 10 ans révolus, victimes de maltraitance physique durant l'année 2018. Un questionnaire de recueil de données a été conçu à partir d'une analyse de la littérature. L'ensemble des facteurs de risque et éléments évocateurs de ce type de maltraitance ont été étudiés.

RÉSULTATS – 81 patients ont été inclus, âgés de 5,9 ans en moyenne, davantage en surpoids et vivant dans les grandes aires urbaines. Le cluster 3, déterminé en analyse des correspondances multiples comme celui dont la maltraitance est la plus sévère, est constitué des enfants les plus jeunes. Leurs parents sont séparés dans la majorité des cas. Près de la moitié des enfants vivent dans un environnement violent, au sein de familles reconstituées et nombreuses. Ceux résidant seulement avec leur mère paraissent peu touchés par la maltraitance physique. Les mères des mineurs maltraités étaient plus jeunes à l'accouchement. Les enfants victimes des violences les plus graves avaient des parents tous les deux très jeunes lors de la naissance. Les troubles psychopathologiques, les addictions, une parentalité dysfonctionnelle apparaissent comme des facteurs de risque parentaux de maltraitance physique infantile. Plus d'un tiers des enfants présentaient des troubles du développement. Un comportement anormal de l'enfant lors de la consultation était souvent constaté, à prédominance anxieuse. Lorsque des lésions étaient visualisées, elles étaient généralement de grande taille, multiples d'âges différents et de localisation inhabituelle. Pour près de deux tiers des mineurs, les explications mentionnées étaient suspectes. Des antécédents de mise en danger de l'enfant étaient souvent constatés. L'agresseur est le plus souvent le père. Néanmoins, les mères sont responsables des maltraitements les plus sévères. Les faits de maltraitance étaient en général rapportés par l'autre parent ; cependant, les cas les plus sévères sont révélés par une personne extérieure à la famille.

CONCLUSION – Un profil d'enfants à risque de maltraitance physique semble se détacher en analyse univariée : le garçon de 6 ans en surpoids, citadin, évoluant dans une famille nombreuse recomposée, dans un contexte violent. Sa mère, de jeune âge, est avec un conjoint autre que le père. L'analyse des correspondances multiples a fait ressortir 3 clusters selon le degré de gravité de maltraitance. Les résultats devront être consolidés sur un effectif supérieur et comparés en population générale suite à un recueil similaire de données, avant d'espérer voir émerger un outil de dépistage précoce de la maltraitance infantile physique.

Mots-clés – Maltraitance. Enfant. Violence physique. Facteurs de risque. Éléments évocateurs. Profil