



HAL
open science

Modalités et difficultés de signalement chez les pédiatres aux CHRU de Nancy et Caen en cas de suspicion de maltraitance faite aux enfants

Hélène Collet

► **To cite this version:**

Hélène Collet. Modalités et difficultés de signalement chez les pédiatres aux CHRU de Nancy et Caen en cas de suspicion de maltraitance faite aux enfants. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298385

HAL Id: hal-03298385

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298385>

Submitted on 18 Oct 2021

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

Université de Lorraine

Faculté de médecine de Nancy

2019

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Hélène Collet

née le 20/06/1989 à Bayeux (Calvados)

le 28 octobre 2019 à Nancy

**Modalités et difficultés de signalement chez les pédiatres
aux CHRU de Nancy et Caen en cas de suspicion de
maltraitance faite aux enfants**

Membre de Jury :

Monsieur le Professeur Schweitzer Cyril

Président de thèse

Monsieur le Professeur Moutel Grégoire

Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Klein Olivier

Juge

Madame le Docteur Borsa-Dorion Anne

Juge

Madame le Docteur Hauet-Wiedemann Mathilde

Juge



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Laure JOLY

SIDES : Dr Julien BROSEUS

Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Pr Guillaume VOGIN

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Pr Mathias POUSSEL

International : Pr Jacques HUBERT

Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT

Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER –
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY -
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE -
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE –
Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE -
Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER –
Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ -Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE –
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
- Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND –
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT –
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER –
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS –
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytopathologie*)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER –
Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY -
Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI –
Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT –
Professeur Guillaume VOGIN

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –

Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteure Kénora CHAU

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

Merci au président Schweitzer Cyril, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier de pédiatrie, de m'avoir soutenue dans mes choix. Le socle de ma formation de pédiatre est riche de savoir et d'expérience.

Merci au directeur Moutel Grégoire, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier de Médecine Légale, pour vos conseils avisés. La bienveillance est une qualité rare et remarquable.

Merci à Monsieur le professeur Klein Olivier, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier de neurochirurgie pédiatrique, de s'intéresser à mon travail et d'avoir accepté de participer à mon jury.

Merci à Madame le docteur Borsa-Dorion Anne, Praticien Hospitalier de pédiatrie, d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de pratiquer une « surspécialité » qui ne devrait plus être une exception.

Merci à Madame le docteur Haut-Wiedemann Mathilde Praticien Hospitalier de pédiatrie, de participer au jury, et de m'avoir encadré pour mon mémoire.

Merci à ma famille pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de mes études.

Merci à ma mère d'être une béquille pour chaque épreuve de ma vie professionnelle comme personnelle. Le brouillard si épais soit-il a bien fini par se dissiper...

Merci à mon frère d'être mon frère. Les mots sont inutiles quand le cœur sait.

Merci à mes grands-parents. Merci à mon grand-père de m'avoir transmis la persévérance. Merci à ma grand-mère, moderne et ouverte d'esprit. Merci d'avoir existé, merci d'avoir été là. Cette thèse vous est entièrement dédiée.

Merci à mon père. Le temps n'efface pas le manque mais apporte acceptation et tolérance.

Merci à mes amis : les anciens, les nouveaux, les vrais, les faux, les provisoires, les permanents, les oubliés. Je n'ose citer mais chacun se reconnaitra. Plusieurs réponses vraies possibles.

Merci à l'équipe du CHR de Thionville pour ce grand plongeon dans le petit bain des enfants.

Merci à l'équipe du CHR de Forbach. Merci à Hélène Lucas, monsieur Dalati et monsieur Hatahet. Tellement de gardes, et tellement de bons souvenirs. Merci à Carole pour tous ces moments passés dans le bureau des internes. Merci à Hamidou, Tania et Mélanie.

Merci à l'équipe de Médecine Infantile du CHRU de Nancy. Merci à Anne-Charlotte et à Sarah. Non merci aux chambres triples.

Merci à l'équipe d'onco-hématologie du CHRU de Nancy. Merci à Julie, Audrey et Claire. Les patients sont entre de bonnes mains. Bravo.

Merci à l'équipe de PMI de Meurthe et Moselle. Merci à l'équipe de Calmettes et merci à Catherine. Un exemple de travail d'équipe. Merci à Elodie : un soutien mutuel dans les réunions...

Merci à l'équipe de Néonatalogie du CHRU de Nancy. Et surtout merci à mes co-internes : Gégé, Nathan, Marguerite, Imane, Marie-Eve, Cécile Levin, Montaser. Très petits patients, mais grands souvenirs.

Merci à l'équipe de Médecine Légale du CHRU de Caen. Merci pour ce nouvel horizon. Merci à Valentin et Robin. J'ai adoré les classes vertes (spéciale dédicace à Madame Papin).

Merci à l'équipe des urgences pédiatriques du CHRU de Nancy. Dernier tremplin vers l'autonomie. Merci à Natachou, Polochon, Melwyn, Benji, Nico, Fatima : Un pti verre ?

SERMENT

« Au moment d'être admise 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. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES GRAPHIQUES	13
TABLE DE FIGURE	13
I. INTRODUCTION	14
1. DEFINITION de la MALTRAITANCE.....	14
2. SIGNES CLINIQUES suspects de MALTRAITANCE.....	16
2.1. Maltraitance physique.....	16
2.2. Maltraitance/abus sexuels	17
2.3. Négligences lourdes :	17
2.4. Maltraitance psychologique	17
2.5. Syndrome de Münchausen par procuration	18
2.6. Infanticide.....	18
2.7. Enfant de parents au sein de sectes.....	18
2.8. Exploitation des enfants au travail	18
3. HISTORIQUE de la MALTRAITANCE	20
4. ENCADREMENT JURIDIQUE de la MALTRAITANCE et du SIGNALEMENT.....	23
5. MODALITES de SIGNALEMENT	26
5.1. Transmission d'information préoccupante (IP) :.....	26
5.2. Signalement au Procureur de la République :	26
6. EPIDEMIOLOGIE.....	29
7. OBJECTIF de l'ETUDE	32
II. MATERIELS et METHODES	34
1. Premier temps= Recueil des données (dossiers)	34
1.1. CHRU de Caen.....	34
1.2. CHRU de Nancy.....	35
2. Second temps= questionnaire.....	36
III. RESULTATS	38
1. Etude des dossiers.....	38
1.1. Prise en charge ayant conduit au signalement :	38
1.2. Prise en charge ayant conduit à une information préoccupante.....	43
1.3. Prise en charge sans signalement ni information préoccupante	48

2. Graphiques	53
3. Questionnaires	54
IV. DISCUSSION	64
1. Perspectives des résultats	64
2. Le manque de formation et le besoin d'accompagnement des professionnels	65
3. Le difficile rapport au secret médical	65
4. La difficulté de travailler en collégialité	66
5. Recours à la justice en protection de l'enfance	67
6. Hétérogénéité des pratiques.....	68
7. Réticences au signalement.....	69
8. Références internationales et recherche	69
9. Limites de l'étude	70
V. CONCLUSION	72
VI. BIBLIOGRAPHIE	73

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Taux de prises en charge en pourcentages	53
Graphique 2 : Délais moyens de transmission de signalement/ information préoccupante en jours.....	53

TABLE DE FIGURE

Figure 1 : Démarches de la transmission d'information en cas de suspicion de maltraitance.	28
---	----

I. INTRODUCTION

1. DEFINITION de la MALTRAITANCE

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la maltraitance envers les enfants se définit comme : « Toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychologiques, affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir » (1999).

L'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisé) différencie l'enfant « maltraité », et l'enfant « en risque » de l'être. Ces deux notions regroupées définissent la notion d'enfant « en danger ». Ainsi donc, l'enfant maltraité se définit comme : « victime de violence physique, de cruauté mentale, d'abus sexuel, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». L'enfant « en risque » suit la définition : « enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité ».

Le clinicien dispose donc de définitions clairement établies en ce qui concerne « l'acte » même de maltraitance envers les enfants. Malgré tout, cette « pathologie », reconnue problème de santé publique majeure par l'OMS depuis 2006 (16), laisse parfois le clinicien prompt au doute quant à la « reconnaissance » de ces situations, en partie dû au fait que les éléments cliniques et anamnestiques restent des faisceaux d'arguments subjectifs à l'appréciation même du clinicien. Pour les professionnels, il s'agit de reconnaître la maltraitance, afin de pouvoir prendre leur décision quant au fait de signaler ou non un cas suspect de maltraitance.

Cependant, même si la définition de la maltraitance peut paraître claire, en pratique, il est difficile de distinguer pour le médecin des cas de maltraitance grave (pouvant nécessiter un signalement immédiat pour la protection de cet enfant) avec une forme de maltraitance plus « modérée » comme la « négligence ». La négligence se définit par l'OMS comme « au fait qu'un parent ne veille pas au développement de l'enfant, s'il est en position de le faire, dans un ou plusieurs domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie sans danger ». Le clinicien peut se retrouver face à une difficulté de repérage, puisque la définition de la négligence reste sujette à la subjectivité de celui-ci. Ainsi la différence entre maltraitance, négligence et méthode éducative culturelle peut parfois s'avérer difficile à différencier, et la question du bien-être de l'enfant avec la nécessité d'une véritable protection reste une appréciation aléatoire. La frontière entre négligence, négligence lourde et maltraitance n'est pas clairement définie. Cette limite laisse le médecin isolé face à une situation qu'il doit apprécier par lui-même, avec sa propre définition qu'il a de la maltraitance ou négligence. Le clinicien peut également être influencé par le milieu socio-économique carencé d'un enfant, et peut avoir un doute sur une négligence alors qu'un milieu socio-culturel favorisé peut masquer à tort une négligence.

2. SIGNES CLINIQUES suspects de MALTRAITANCE

Plus de 80% des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille (4).

Des éléments pouvant faire suspecter une maltraitance se retrouvent parfois dès l'interrogatoire des parents, de l'enfant lui-même, ou de la personne accompagnante.

Ainsi, l'anamnèse est indispensable et peut-être révélatrice d'une maltraitance. La révélation de la maltraitance est parfois directement alléguée par l'enfant lui-même. Dans les autres cas, il est constaté des discordances, des incohérences dans les lésions constatées et les explications données. Il n'y a parfois aucune explication. Le discours est fluctuant par rapport à l'histoire initiale et différent en fonction des personnes interrogées. Il peut être constatés un retard de recours au soin, des antécédents « d'accidents » ou traumatismes répétés mal expliqués. Il existe parfois une notion d'antécédent de maltraitance dans la fratrie.

Associé à l'anamnèse, il convient de rechercher des facteurs de risques de maltraitance. Ceux-ci peuvent être liés à l'enfant : prématurité, gémellité, séparation précoce mère-enfant, handicap, troubles du comportement, enfant « précieux ». Ils peuvent être liés aux parents : jeune âge, carences éducatives, troubles psychiatriques, déficience mentale, addictions, famille monoparentale, conflit conjugal, grossesse non désirée mal suivie, déni de grossesse. Les conditions environnementales socio-économiques défavorables peuvent être un facteur de risque, mais il convient de ne pas occulter la maltraitance au sein de milieux aisés qui est souvent sous diagnostiquée et prise en charge tardivement (16).

Les signes cliniques amenant à la suspicion de maltraitance sont nombreux et varient en fonction du « type » de maltraitance subie par les enfants.

2.1. Maltraitance physique

- Ecchymoses multiples, d'âges différents, localisations inhabituelles (avant l'âge de la marche), reproduisant la trace d'un objet contondant.
- Brûlures (à bord net), traces de « cigarettes »
- Morsures

- Fractures multiples, d'âges différents, de mécanisme inapproprié par rapport à l'âge de l'enfant (avant l'âge de la marche)
- Lésions viscérales (foie, rate, parfois pancréas)
- Traumatismes crâniens (fractures du crâne, hématomes sous-duraux)
- Syndrome des « bébés secoués » (convulsions, malaises graves du nourrisson, signes d'hypertension intra-crânienne, coma, hématomes sous-duraux, sous-arachnoïdiens, lésions axonales souvent associées à des hémorragies rétiniennes bilatérales)
- Plaies polymorphes, endobuccales
- Alopécie, lésions des phanères

2.2. Maltraitance/abus sexuels

- Inceste dans plus de la moitié des cas d'abus sexuels
- Normalité de l'examen génital retrouvée chez 50% des filles ayant subies une agression sexuelle (délai de cicatrisation environ de 3 jours)
- Lésions génitales ou périnéales
- Saignement vaginal, rectal
- Infection sexuellement transmissible
- Grossesse
- Signes indirects (douleurs abdominales, attouchement sur d'autres enfants, conduites masturbatoires compulsives)
- Mutilations sexuelles féminines

2.3. Négligences lourdes :

- Non-respect du rythme de l'enfant ayant des conséquences graves sur son développement (dénutrition, retard staturo-pondéral, nanisme, accidents domestiques graves, abandon, absentéisme scolaire)

2.4. Maltraitance psychologique

- Troubles des interactions précoces chez le nourrisson
- Humiliations répétées, insultes

- Exigences inappropriés, injonctions paradoxales
- Rejet, isolement, ignorance
- Terreur
- Corruption, exploitation
- Exposition à des violences conjugales
- Faisant partie intégrante des autres formes de maltraitance

2.5. Syndrome de Münchausen par procuration

- Provocation délibérée de symptômes parfois très sévères chez l'enfant afin de simuler une maladie
- Symptômes inexplicables et prolongés, multiples
- Amélioration des symptômes à l'éloignement du parent agresseur (mère en cause dans 85% des cas)

2.6. Infanticide

- Morts inattendues du nourrisson suspectes
- Contexte de psychose du post-partum

2.7. Enfant de parents au sein de sectes

- Contrôle du comportement
- Punitives physiques
- Isolement psycho-social

2.8. Exploitation des enfants au travail

- Enfant de moins de 16 ans
- Travail dans les entreprises familiales

Il est parfois associé à ces signes physiques des troubles du comportement de l'enfant. Ces troubles sont multiples et non exhaustifs. Chez le nourrisson il est possible d'observer un retard psychomoteur, une anorexie, un évitement du regard, un état dépressif. Chez l'enfant, il peut être constaté des troubles du sommeil, des troubles sphinctériens ou encore

un échec scolaire. Chez l'adolescent, les troubles sont orientés vers des conduites suicidaires, des conduites à risques ou des états dépressifs.

Ces signes cliniques, parfois associés ou non, peuvent amener le praticien à suspecter une maltraitance. Le diagnostic reste peu aisé face à cette multitude de symptômes peu spécifiques, et pouvant être rattachés à d'autres pathologies (diagnostics différentiels). Cependant, l'association de l'anamnèse peu probante, avec des signes cliniques objectifs, et parfois des troubles comportementaux, sont des indicateurs de violences subies par un enfant. Ces « drapeaux rouges » restent cependant largement méconnus au sein de la pratique des médecins, car ne faisant pas partie de leur formation médicale « standard ». Il est important de souligner malgré tout que la notion de « mauvais traitement » envers les enfants est un progrès récent, largement développé au cours du 20^{ème} siècle.

3. HISTORIQUE de la MALTRAITANCE

La place de l'enfant dans la société et l'élaboration du cadre de protection à son égard sont un phénomène récent, largement développé au cours de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle.

En effet, la notion de « maltraitance » et le fait que les parents aient une conduite acceptable envers leurs enfants diffèrent en fonction des époques, et des mœurs encourues, ainsi qu'en fonction du contexte culturel.

Ainsi, les infanticides existent depuis bien longtemps et peuvent être considérés comme légitime dans certaines sociétés anciennes. Il en est retrouvée trace jusque dans la Bible (Massacre des Innocents commandité par Hérode) (61). De même, il est relaté des cas au cours de l'Antiquité grecque, avec notamment des écrits définissant les critères permettant aux sages-femmes d'évaluer la viabilité du nouveau-né, et ainsi donc de prendre la décision quant au fait de « mériter » d'être élevé (61). Les infanticides étaient considérés être une solution en cas de familles nombreuses en contexte de famine, dans le cas où l'enfant semblait peu « résistant ». Il faut souligner également le fait que les avortements en cas de grossesses non désirées étaient dangereux et peu pratiqués, aboutissant à de nombreux cas d'infanticide en cas d'enfants illégitimes. C'est à partir de 374 après Jésus-Christ que les infanticides ont été considérés comme des crimes (61).

Dans la Rome antique, le « paterfamilias » disposait de tous les droits envers ses enfant et notamment le droit de vie ou de mort. Ce droit a été supprimé à la fin de l'antiquité par les empereurs chrétiens.

L'autorité paternelle s'affaiblit au cours du Moyen-Âge. Malgré-tout, certaines pratiques « éducatives » en vigueur s'apparentaient pour notre époque actuelle à des formes de mauvais traitements. Les enfants étaient emmaillotés pendant de longues heures, parfois accrochés au mur, baignant dans leurs excréments, afin que les parents puissent réaliser leurs travaux. Les enfants étaient fréquemment placés en nourrice, loin de leurs familles, du au manquement financier de celles-ci, ou simplement d'un point de vue logistique quant au manque de possibilité de « transport ». Les « corrections » physiques étaient pratiques courantes. Ces pratiques étaient encouragées par les spécialistes de l'éducation, les hommes d'églises et les législateurs. L'enfant devait entière obéissance. De même, les enfants étaient soumis à des méthodes éducatives extrêmes, comme le fait d'assister à des châtiments publics. Ils pouvaient aussi être enfermés dans des pièces sombres des heures durant, ce qui aujourd'hui serait assimilé à une forme de maltraitance psychologique. Les enfants étaient sedatés avec de l'alcool ou de l'opium lors de pleurs excessifs.

La Révolution Française changea certaines pratiques. Le Code civil, élaboré par Napoléon, va renforcer la place de l'état dans le fait d'assumer l'éducation des enfants, et va donc parallèlement affaiblir l'autorité absolue paternelle.

Plus tard, la révolution industrielle, verra naître une nouvelle forme de maltraitance avec l'exploitation des enfants au travail. Les enfants travaillaient principalement dans les villes. Ils pouvaient travailler le même taux horaire que les adultes en étant payés moindre. Ils étaient surtout utiles dans les mines, car leur petite taille pouvait leur permettre de se faufiler dans les galeries les plus étroites. Un premier texte de loi apparaît en 1841, limitant l'âge d'admission des enfants dans les entreprises à 8 ans.

Des changements seront perceptibles vers la fin du 19^{ème} siècle avec l'introduction de lois sur la scolarité obligatoire et de la gratuité de l'école primaire (1874). La limitation d'âge d'embauche des enfants est portée à 16 ans en 1967.

En ce qui concerne la maltraitance sexuelle, l'âge de consentement aux relations sexuelles était fixé à 10 ans jusqu'en 1832 en France. La prostitution juvénile était très courante au milieu du 19^{ème} siècle de par la crainte des maladies vénériennes. Pour l'anecdote, le roi Louis XIV avait été éduqué sexuellement par des dames du monde à partir de l'âge de 8 ans. Aujourd'hui cette pratique serait considérée comme de la pédophilie. Il est rapporté des cas

d'incestes dans des textes anciens, notamment dû au fait de la proximité des familles au sein des logis.

Ainsi donc, il faudra attendre un changement de regard de la société vis-à-vis de la maltraitance seulement à partir du 20^{ème} siècle. La place de l'enfant dans la société commence à être défendue au siècle des lumières, notamment par Jean Jacques Rousseau. Le véritable tournant se produit en 1860, lorsqu'Ambroise Tardieu, un médecin légiste Français, publie un article sur les lésions physiques constatées sur des enfants lorsque ceux-ci sont battus. Malgré-tout, ces contemporains restent indifférents face à ce phénomène. Le véritable progrès naîtra des Etats-Unis au 20^{ème} siècle, lorsque John Caffey, un radiologue américain, rapportera en 1946 des cas de nourrissons avec des hématomes sous-duraux et des fractures des os longs. Il soupçonne le fait que ces lésions soient attribuées à des origines traumatiques. C'est en 1953 que Frederic N. Silverman, un autre radiologue américain, conclut à l'origine traumatique de ces lésions. En 1962, le pédiatre américain Henry C. Kempe publie l'article le « syndrome de l'enfant battu », ce qui aura un impact considérable. C'est à partir de ce moment que le corps médical « s'empare » du phénomène. La société change également, jusqu'à l'aboutissement de la problématique avec la reconnaissance du fait que la maltraitance soit un problème de santé publique majeure.

Ces changements progressifs du regard de la société vis-à-vis de la maltraitance sont soutenus par une évolution législative parallèle, avec l'élaboration de textes de lois, mettant ainsi en place une politique de protection de l'enfance. Les premiers textes de lois mettant en place cette politique n'apparaîtra qu'à partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle. La législation va mettre progressivement en place des pistes pour lutter contre cette maltraitance, avec l'élaboration de l'encadrement juridique du signalement en cas de suspicion de maltraitance.

4. ENCADREMENT JURIDIQUE de la MALTRAITANCE et du

SIGNALEMENT

La législation encadrant la maltraitance devient plus protectrice à partir de la fin du 19^{ème} siècle, avec la promulgation d'une loi en 1887 introduisant l'interdiction des châtiments corporels et une pénalisation des parents. Une juridiction spécialisée est créée en 1912, puis des tribunaux pour enfants en 1945 (16).

Ensuite, dans les années 1970, en France, le code pénal fait état de lois en ce qui concerne le secret professionnel tout en évoquant la nécessité de dénonciation de sévices. Initialement le secret médical était absolu. La loi instaure en 1971 une « exception » légale à la dénonciation de sévices (56).

Le texte de loi important qui va apporter un progrès quant à la législation en ce qui concerne la protection de l'enfance est celui de la **Convention Internationale des Droits de l'Enfant promulguée par l'ONU le 20 novembre 1989**. Ce texte concerne les droits politiques et civils de l'enfant. Il a été ratifié par 193 états dont la France (2).

Parallèlement au niveau national, la **loi du 10 juillet 1989** marque le renforcement de la prévention de la maltraitance et de la protection de l'enfance. Le terme de signalement est envisagé. Il s'agit du premier texte de lois à nommer la maltraitance qui élabore la question de l'organisation et de l'obligation de signaler à l'autorité judiciaire les situations de maltraitance (61).

La **loi du 17 juin 1998** améliore le dispositif avec le renforcement de la défense et de la protection des victimes (2).

Une des avancées majeure en ce qui concerne la législation de la protection de l'enfance est la promulgation de la **loi du 5 mars 2007**, réformant la protection de l'enfance. Cette loi met en place les Cellules de Recueil d'Informations Préoccupantes (CRIP). Ces cellules ont pour rôle de centraliser les données relatives aux situations d'enfants en danger, avec le recueil

des « informations préoccupantes ». Ces cellules sont localisées au sein du conseil départemental. Cette procédure se distingue de celle du signalement qui est une démarche judiciaire. La loi en précise les modalités. Le mot « inceste » est introduit dans le Code Pénal avec la loi du 8 février 2010 (52).

La **loi du 14 mars 2016** vient renforcer la loi de 2007. Elle met en avant la création de protocoles à l'échelle départementale, ainsi que le renforcement d'une prise en charge pluridisciplinaire pour l'enfant maltraité.

Ainsi, à ce jour, le médecin dispose de textes de lois auxquels se référer en cas de suspicion de maltraitance, et notamment en ce qui concerne la conduite à tenir, sur le fait de devoir signaler ou non.

Le **code pénal**, contient les articles encadrant la situation de maltraitance à enfant et les modalités de signalement. L'**article 434.3** stipule l'obligation de signaler et évoque la notion de responsabilité. Cette loi encadre les professionnels astreints au secret professionnel en renvoyant à l'**article 226-13/14** du Code Pénal. Ces articles prévoient une dérogation pour les personnes qui sont tenues au secret professionnel. De-même, l'**article 223.6** renforce l'obligation de signaler en stipulant qu'un professionnel pourra être condamné pour non-assistance à personne en danger, et ce malgré le contexte de secret professionnel. Ainsi, selon le Code Pénal, un professionnel de santé n'encourt aucune sanction pénale disciplinaire si le signalement (couvert par le secret professionnel) se fait dans les conditions prévues par ces articles, et avec le respect des « règles » de signalement.

Cette orientation de la loi en faveur du signalement est complétée par le **Code de la santé publique (article R 4127-44)**, le **Code de l'action sociale et des familles (article L 313-24)** et par le **Code civil (article 1382)**.

Le **Code de Déontologie Médicale** avec l'**article 43** et **44** ne stipule pas une obligation de signalement, mais plutôt une autorisation de signalement. En effet, l'article 44 mentionne que le médecin doit signaler aux autorités judiciaires ou administratives « sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience ». Ce qui reste obligatoire, c'est que le médecin mette en œuvre tous les moyens adéquats pour protéger l'enfant.

La loi à ce jour est clairement établie en faveur du signalement. Le secret professionnel, autrefois absolue, même prôné par le Serment d'Hippocrate, est aujourd'hui contournable, dans le but de protéger les enfants victimes de maltraitance. La loi prévoit toutes les dérogations nécessaires pour protéger les médecins en cas de « dénonciation » de fait de maltraitance, si la dénonciation est faite « en toute bonne foi ». Bien-sûr, le signalement est un acte écrit soumis à des règles qu'il convient de respecter. Le médecin doit respecter ces règles s'il veut rester dans le cadre de la loi. De plus, les démarches et modalités de signalement sont soumises à un parcours codifié. Malheureusement, c'est cette démarche qui peut parfois limiter le médecin dans le fait de signaler ou non des situations de suspicion de maltraitance, par le simple fait d'une méconnaissance de la conduite à tenir des modalités de signalement (modalités réformés par la loi de 2007).

5. MODALITES de SIGNALEMENT

Les modalités pour alerter en cas de suspicion de maltraitance ont été modifiées avec la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance. Celle-ci a mis en place les Cellules de Recueil d'Information Préoccupantes (CRIP), remplaçant ainsi l'ancien « signalement administratif ». A ce jour, il existe 2 voies permettant de signaler un cas de maltraitance, avec la transmission des « informations préoccupantes », ou le « signalement ». (Figure 1)

5.1. Transmission d'information préoccupante (IP) :

- Transmission à la CRIP (autorité administrative)
- Désigne tout élément, y compris médical, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou en risque de danger
- CRIP : interface avec le département et les tribunaux, centralisation de l'information
- Si signalement au Procureur de la République, une copie doit être adressé à la CRIP

5.2. Signalement au Procureur de la République :

- Adressé au Procureur du Tribunal de Grande Instance du lieu des faits
- Cas d'urgence : nécessité de protection immédiate du mineur avec mise en place d'une ordonnance de placement provisoire (OPP)
- Cas de suspicion de maltraitance sexuelle ou de violences particulièrement caractérisées (possible poursuites pénales)
- Possible transmission par le président du Conseil général après IP en cas d'impossibilité de remédier à la situation après plusieurs actions, en cas de non coopération de la famille, ou en cas d'impossibilité d'évaluation de la situation
- Signalement : acte écrit soumis à des règles de rédactions strictes (possible poursuite ou sanction disciplinaire si non-respect de ces règles)

Règles de rédaction du signalement

- Neutre, objectif
- Identité du signalant, service
- Identité de l'enfant concerné (Nom, date de naissance, adresse, école...)
- Lien avec la victime du signalant, façon dont les faits ont été connus
- Identité des titulaires de l'autorité parentale avec adresse
- Enoncé des faits
- Signé, daté
- Ne pas remettre le certificat à un tiers, conjoint, membre de la famille, ou un avocat
- Ne pas pointer un potentiel responsable (notamment de l'un ou l'autre parent)

Toute transmission d'un signalement au Procureur de la République doit être faite par écrit, avec possibilité de transmission orale en parallèle en cas d'extrême urgence ou gravité.

Le médecin doit s'assurer de la bonne réception du signalement.

En cas de difficultés, il est possible de contacter la police ou la gendarmerie (menaces, violences, fugues...).

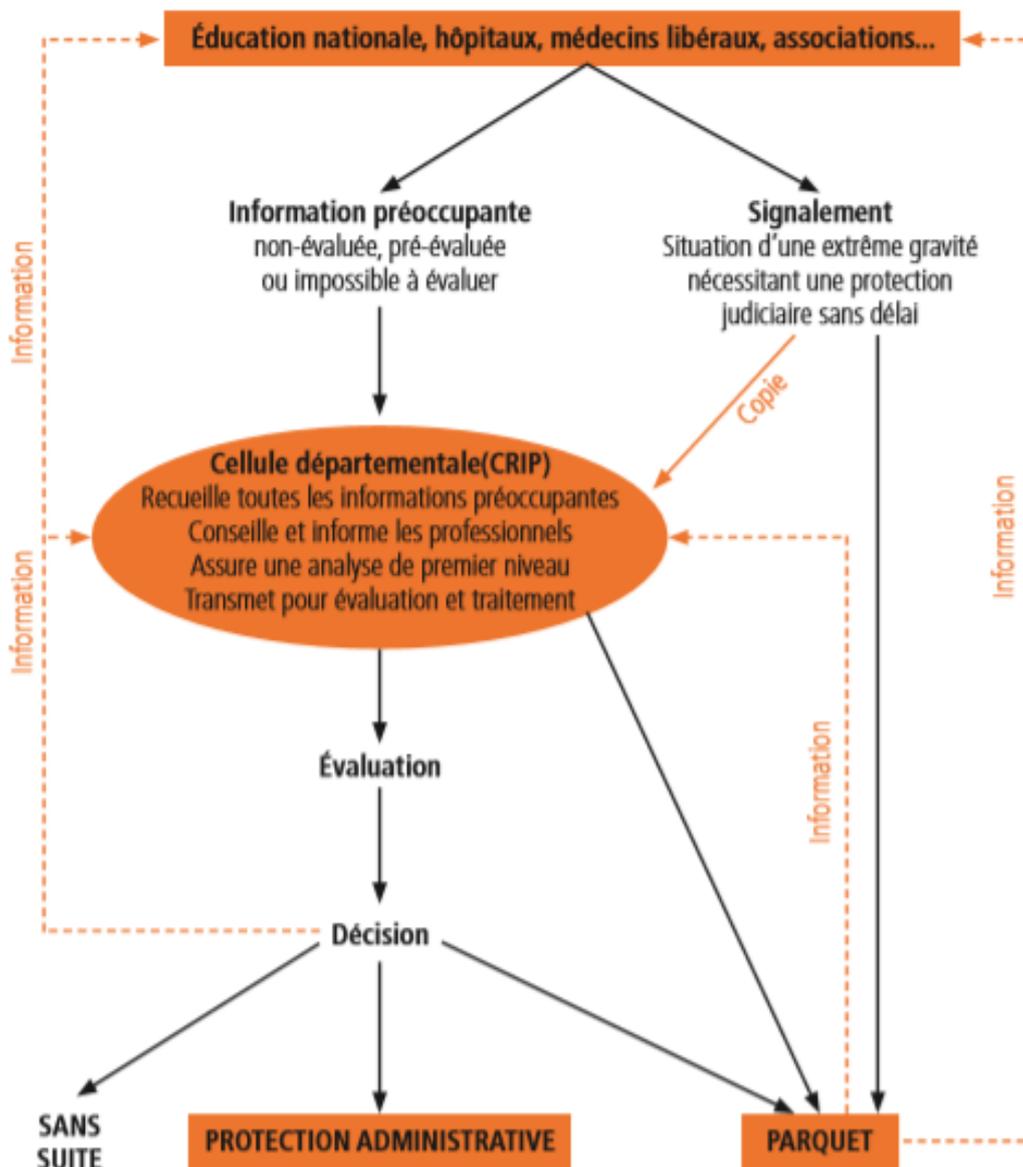


Figure 1 : Démarches de la transmission d'information en cas de suspicion de maltraitance.

Les suites administratives ou judiciaires données après transmissions de l'information peuvent être

- Classement sans suite
- Mise en place d'une mesure administrative
- OPP
- Saisine du juge des enfants et/ou demande d'enquête pénale (police/gendarmerie)

6. EPIDEMIOLOGIE

On estime dans les pays à hauts revenus une prévalence de 10% d'enfants maltraités. En France, cette proportion est largement sous-estimée du fait du manque d'évaluation sur le sujet. On sait que 273 000 mineurs sont pris en charge en protection de l'enfance. Seulement, de nombreux cas de maltraitance restent non « répertoriés » faute d'avoir été signalés.

Face à ce manque d'information, il a été mis en place l'**ONED** (Observatoire National de l'Enfance en Danger), qui a un rôle de recherche et de recueil épidémiologique en ce qui concerne le domaine de la protection de l'enfance. Cet observatoire à l'avantage de pouvoir comparer les chiffres avec les autres pays Européens. La France a un taux de placement de 93/ 10 000 mineurs en 2012, avec de nombreux enfants qui restent placés en foyer d'accueil résidentiel à défaut de famille d'accueil. 95 000 enfants avaient fait l'objet d'un signalement en France en 2004. Ainsi, le taux de signalement varie entre 2,7 à 11,8 pour 1000 enfants, avec de grandes disparités en fonction des départements et des organismes de recueil.

D'autres chiffres provenant de l'**ODAS** (Observatoire national de l'action sociale décentralisé) rapportent qu'en 2007, 98 000 enfants étaient en danger. 19 000 enfants étaient victimes de maltraitances dont : 6 600 cas de violences physiques, 5 500 cas de violences sexuelles, 4 400 cas de négligences lourdes et 2 500 cas de violences psychologiques. Il était recensé 76 000 enfants en risque de danger. Il apparaît que la négligence est l'une des formes de maltraitance la plus croissante, avec des chiffres passant de 37% en 1998 à 44% en 2006. Il faut souligner que l'ODAS ne recense que les signalements qui ont été transmis aux conseils généraux ayant bénéficiés d'une mesure de protection, ou d'une transmission aux autorités judiciaires.

D'après les informations du Secrétariat d'état à la famille, 21 000 enfants par an seraient victimes de maltraitances en France, dont 700 décès. Il en ressort également que les enfants souffrant de maltraitance physique sont majoritairement des nourrissons de moins de 1 an.

Le nombre moyen d'infanticide officiel est de 17 cas par an en 2000. Ce chiffre après correction et enquête dans les parties hospitalières montre que le taux d'infanticide se rapproche plus de 255 cas par an, soit 15 fois plus que dans les statistiques officielles.

En ce qui concerne les maltraitements sexuelles, 1 femme sur 5 et 1 homme sur 13 déclare avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance.

Pour ce qui est de la mortalité, les services de police et gendarmeries recensent 194 enfants de moins de 18 ans victimes de violences mortelles en 2016, dont 73 dans un cadre intrafamilial. En 2015, ce sont 36 enfants qui ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple.

Le syndrome du bébé secoué ne bénéficie pas de chiffres publiés en France. Il est estimé une incidence de 15 à 30 sur 100 000 enfants de moins de 1 an selon les études étrangères. Rapporté au taux de naissance en France, 120 à 140 nourrissons pourraient être concernés par cette maltraitance chaque année. Ce chiffre reste très largement sous-estimé par le fait que les cas recensés restent les plus sévères, et également du fait que les autopsies ne sont pas systématiquement réalisées en cas de mort inattendue du nourrisson.

Ces chiffres restent cependant très largement sous-estimés, du fait notamment que les professionnels confrontés au problème de la maltraitance n'ont pas nécessairement recours aux signalements. Il ressort du rapport de la cour des comptes « La protection de l'enfance » qu'aucune maltraitance n'avait été signalée par les médecins en 2006. Selon l'ordre des médecins, les médecins hospitaliers sont à l'origine de seulement 5% des signalements. De même, l'opinion publique reste peu sensibilisée sur le sujet. Une enquête réalisée en 2015 par l'Enfant bleu montre que 22% des personnes ayant constaté ou soupçonné des cas de maltraitance n'ont rien fait pour protéger l'enfant en danger. De même, il n'existe pas à ce jour de chiffres permettant de catégoriser les différents types de maltraitance, que ce soit en

institution, dans le milieu scolaire, intrafamilial ou extrafamilial. L'épidémiologie pour les liens de parentés (parents, fratrie, beaux-parents...) entre l'enfant maltraité et le tiers maltraitant n'est également pas connue.

7. OBJECTIF de l'ETUDE

La problématique de la maltraitance subie par les enfants en France souffre du manque de données disponibles. Nous savons que les chiffres recensés sont sous-estimés, et ce, en partie du fait que de nombreux cas de maltraitance, ou de suspicion de maltraitance, ne sont pas signalés.

La difficulté est de comprendre l'origine de ce défaut de signalement, et plus particulièrement d'un point de vue du corps médical, qui est en relation avec ce problème dans sa pratique courante.

En effet, il ressort des études faites sur le sujet que les médecins ne signalent pas, ou peu, les cas de maltraitance.

Pourtant, les textes de lois sont en faveur du signalement. Ils sont faits en sorte que les médecins puissent signaler tout en étant protégé en ce qui concerne la révélation du secret professionnel.

La question de « pourquoi » les médecins ne signalent pas se pose donc.

Les études font état du manque de formation des médecins vis-à-vis de cette problématique. Seulement beaucoup de données sont recueillies à partir d'études faites auprès de médecins généralistes et libéraux. Les pédiatres hospitaliers devraient être en théorie plus sensibilisés sur le sujet, mais il y'a peu de données.

D'un point de vue hospitalier, la politique de prévention de la maltraitance a fait état de plusieurs recommandations. Depuis 2003, une circulaire a permis la prise en charge médico-judiciaire dans les services de pédiatrie des enfants victimes de maltraitance. Il existe des centres régionaux de référence dotés de plateaux techniques pluridisciplinaires spécifiquement dédiés à la prise en charge de ces enfants. Malgré tout, l'organisation et la coordination au sein de ces pôles pluridisciplinaires sont en pratique peu appliquées.

Le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfant de 2017-2019 fait état de l'instauration d'un médecin « référant » quant aux enfants victimes de violences au sein de chaque établissement hospitalier. Chaque établissement devrait désigner un médecin, sur la base du volontariat, faisant état de ce service. Le but étant

d'informer et de sensibiliser au sein de l'hôpital, d'avoir un rôle d'expertise et d'accompagnement des équipes médicales, d'orienter les autres professionnels et d'identifier les partenaires utiles. Ce référent se doit d'être formé sur le sujet. Malheureusement, en pratique, cette recommandation reste peu suivie et n'est pas systématique au sein de chaque établissement.

Ainsi donc, l'objectif de notre étude est de pouvoir **évaluer les difficultés des médecins pédiatres hospitaliers quant au fait de devoir signaler un cas suspect de maltraitance**. Les problématiques de la « maltraitance » restent des éléments subjectifs auxquels les médecins se heurtent dans leur pratique quotidienne. Il est établi que la maltraitance est un problème de santé publique majeure, comme cité plus haut. Malgré tout, les médecins hospitaliers sont toujours soumis aux difficultés de repérage et de stratégie diagnostique des cas suspects de maltraitements. Ils sont également confrontés à la difficulté de prise en charge, qui commence par la reconnaissance même de la maltraitance, c'est-à-dire le signalement.

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude qualitative, bi-centrique et rétrospective.

L'étude a été réalisée sur les centres hospitaliers régionaux universitaires de Caen et Nancy, au sein des services de pédiatries, réanimations pédiatriques, urgences pédiatriques et néonatalogies. La période d'étude s'étend de novembre 2017 à novembre 2018. L'étude est composée de 2 temps distincts, avec une partie de recueil au sein des dossiers des enfants suspectés victimes de maltraitance, âgés de 0 à 18 ans, et un deuxième temps avec un questionnaire soumis auprès des pédiatres, permettant de recueillir leurs difficultés à signaler un cas suspect de maltraitance.

1. Premier temps= Recueil des données (dossiers)

Du fait d'une organisation différente des 2 centres, le recueil ne s'est pas déroulé de la même manière en fonction de ces centres. Le CHRU de Nancy dispose d'une « cellule maltraitance », composé de 2 médecins et 2 puéricultrices. Il est réalisé un staff hebdomadaire reprenant tous les dossiers d'enfants suspectés être victimes de maltraitance. Les dossiers sont listés dans un classeur au fur et à mesure des cas. Le recueil a pu être réalisé à partir de ce listing. Le CHRU de Caen ne possède pas de médecin référent en maltraitance. Les dossiers des enfants suspectés être victimes de maltraitance ne sont pas centralisés. Chaque « sous-service » de pédiatrie traite le dossier individuellement. Le recueil a été fait après recherche de ces dossiers par codage et mémoire des praticiens.

1.1. CHRU de Caen

Les dossiers des enfants suspectés victimes de maltraitance ont été recrutés à partir du codage CIM 10.

Ont été sélectionnés les dossiers avec un codage correspondant à :

- Signalement
- Hospitalisations multiples
- Fractures multiples
- Brûlures

- Hématomes sous duraux
- Ecchymoses, plaies cutanées
- Agression sexuelle
- Difficultés éducatives, recours à l'assistante sociale

Après lecture des dossiers, ont été retenus les dossiers des enfants suspectés victimes de maltraitance, clairement établie dans le dossier, pour lesquels il a été réalisé un signalement ou une information préoccupante. Ont été retenus également les dossiers des enfants suspectés victimes de maltraitance, clairement établie, pour lesquels il n'a pas été réalisé de signalement ou information préoccupante. Il a également été demandé aux praticiens des différents services, de faire appel à leur mémoire, afin de pouvoir retrouver des cas de maltraitance au cours de l'année passée. Une liste de dossier a été établie à partir des différents cas retenus par les praticiens.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers papiers puis complétées à l'aide du logiciel informatique USV2 pour les données manquantes.

De manière secondaire, ont été recueillies des données concernant l'environnement, la prise en charge somatique, la réalisation d'examens complémentaires et le suivi (devenir) des enfants suspectés être victimes de maltraitance.

1.2. CHRU de Nancy

Le service des urgences pédiatriques possède une liste des enfants pour lesquels il a été suspecté une maltraitance. Ce listing sert à la réalisation d'un staff médico-social hebdomadaire permettant la prise de décision en ce qui concerne la prise en charge. Il y est notamment décidé la nécessité d'élaboration de signalement, d'information préoccupante ou de non réalisation de ces démarches. Cette liste concerne les enfants ayant réalisé un passage aux urgences pédiatriques, étant hospitalisés dans un secteur de pédiatrie ou en réanimation pédiatrique.

A été recueillie sur la période d'étude donnée la liste de dossiers pour lesquels il a été réalisé un signalement, une information préoccupante. Ont également été recueillis les dossiers pour lesquels il n'avait pas été réalisé de signalement ou information préoccupante.

Les données recueillies ont été complétées avec le logiciel informatique DXCARE. Les dossiers sont totalement informatisés.

De manière secondaire, ont été recueillies des données concernant l'environnement, la prise en charge somatique, la réalisation d'examen complémentaires et le suivi (devenir) des enfants suspectés être victimes de maltraitance.

2. Second temps= questionnaire

Dans un deuxième temps, il a été soumis un questionnaire aux praticiens hospitaliers des services d'urgences pédiatriques, d'hospitalisation pédiatrique et de réanimation pédiatrique.

Ce questionnaire vise à recueillir les difficultés qu'un praticien peut ressentir face à une situation suspecte de maltraitance, avec cette nécessité de prise de décision quant au fait de devoir signaler ou non.

Ce questionnaire est également composé d'une partie faisant un état des lieux des connaissances des praticiens.

Les questions étaient posées en entretien physique, avec une réponse à la question immédiate, favorisant la spontanéité. Le praticien devait faire appel à sa mémoire pour se souvenir de cas pouvant avoir été rencontré au cours de sa pratique.

QUESTIONNAIRE :

Cas rencontrés de suspicion de maltraitance =>

- 1) Quels signes cliniques (anamnestiques + physiques) vous ont amené à la suspicion ?
- 2) Quel a été votre démarche diagnostique et thérapeutique ? (conduite tenu=> hospitalisation, examens, soins...)
- 3) Avez-vous communiqué avec le reste de l'équipe (collégialité) pour la prise de décision ?/ Avez-vous pris des renseignements sur la situation de l'enfant à l'extérieur (Médecin Traitant/Protection Maternelle et Infantile...)
- 4) Si signalement/Information préoccupante => Quels sont la/les raisons vous ayant conduit à le faire ?
 - ➔ Avez-vous eu un retour sur les suites données au signalement/Information préoccupante ?
 - ➔ Pensez-vous regretter le fait d'avoir fait le signalement/Information préoccupante et pourquoi ?
- 5) Si pas de signalement/Information préoccupante => Quels sont la/les raisons vous ayant conduit à ne pas le faire ?
 - ➔ Pensez-vous regretter le fait de ne pas avoir fait le signalement/Information préoccupante et pourquoi ?

Connaissances théoriques=>

- 6) Pensez-vous avoir une conduite à tenir claire sur la démarche à suivre quant aux modalités de signalement/Information préoccupante en cas de suspicion de maltraitance ?
- 7) Quelles serait de manière générale, vos difficultés/réticences à faire un signalement/Information préoccupante en cas de suspicion de maltraitance ? (Raisons amenant à ne pas le faire)
- 8) Quels est selon vous la différence entre « information préoccupante » et signalement ?
- 9) Quels seraient les cas pour lesquels vous feriez un signalement en urgence ?
- 10) Pensez-vous avoir eu une formation suffisante sur la maltraitance ?

Quelles seraient vos attentes pour l'amélioration de la prise de décision sur le fait de signaler ou non en cas de suspicion de maltraitance ?

- ➔ Clarification des démarches/conduites à tenir ?
- ➔ Collégialité ?
- ➔ Retour ? (Acquisition d'une « expérience ») (suite du signalement)

III. RESULTATS

1. Etude des dossiers

En ce qui concerne le centre de Caen, sur les 382 dossiers sélectionnés initialement, il est retenu 99 cas de suspicions de maltraitance avérée. A cela s'ajoute la liste sélectionnée par les praticiens, soit 10 dossiers, amenant à un total de 109 dossiers.

Il est répertorié 89 dossiers sur le centre Nancéen dans la liste des dossiers d'enfants suspectés victimes de maltraitance sur la période d'étude donnée.

Le total du nombre de dossiers étudiés est donc de 198 sur les 2 centres. Tous les dossiers retenus étaient des cas avérés de suspicion de maltraitance.

Il est possible de diviser les résultats en 3 catégories :

- Prise en charge ayant conduit au signalement
- Prise en charge ayant conduit à la transmission d'une information préoccupante
- Prise en charge n'ayant pas fait l'objet de signalement ou information préoccupante

1.1. **Prise en charge ayant conduit au signalement**

⇒ Taux de signalement :

Sur les 198 dossiers, 65 enfants ont fait l'objet d'un signalement transmis aux autorités judiciaires, soit un taux de 33%. Pour plus de la moitié (37 enfants/65), il s'agissait de nourrissons de moins de 24 mois.

⇒ Temporalité du signalement :

Par rapport au début de la prise en charge de l'enfant, c'est-à-dire au premier jour d'hospitalisation, le délai moyen de rédaction du signalement était de 2 jours (allant du jour même à un délai de 17 jours). Ce délai court reflète le fait que le signalement, d'un point de vue médical hospitalier, relève a priori d'une prise en charge urgente. Ainsi, on peut en

déduire que le temps de la réflexion de la rédaction d'un signalement est en moyenne de 2 jours. Il est à noter que tous les enfants ayant fait l'objet d'un signalement ont été hospitalisés.

⇒ Collégialité et modalités de transmission du signalement :

La grande majorité des dossiers ne stipule pas que le signalement a été rédigé suite à une concertation entre équipes. Quelques dossiers (3) mentionnent qu'un « avis » a été demandé à la « cellule maltraitance » pour le centre qui possède un médecin référent, avec pour un dossier un avis qui a également été demandé aux assistantes sociales. Il n'est donc pas référé dans le dossier médical que le signalement fait suite à une réflexion collégiale. Cependant, il n'est pas possible de conclure quant au fait que les équipes ne discutent pas des cas. En effet, il pourrait s'agir d'un défaut de retracement dans le dossier médical des actions et décisions entreprises.

Il existe quelques cas particuliers où le signalement a été rédigé par un médecin scolaire, une assistante sociale, un pédopsychiatre, un interne du service de pédiatrie, l'équipe de médecine légale, et des hôpitaux périphériques (3 signalements).

Dans tous les autres cas, le signalement a été rédigé par un ou deux médecin(s) du service où l'enfant était hospitalisé. Dans le centre où il existe un médecin référent pour les cas de maltraitance, le signalement est systématiquement rédigé par ce médecin référent (quel que soit le lieu de l'hospitalisation).

Il faut souligner que sur les 65 dossiers, 28 dossiers ne contiennent pas le « signalement » en tant que tel. Le double n'est donc pas systématiquement conservé dans le dossier médical. Sur les autres dossiers faisant état du signalement, les règles rédactionnelles sont respectées.

Pour ce qui est des modalités de transmission aux autorités judiciaires, le signalement est systématiquement communiqué par fax. Il existe de rares cas (n=4) où il est stipulé que le tribunal a été contacté oralement par téléphone. Pour ces 4 cas, il s'agissait d'enfants hospitalisés en réanimation pédiatrique et pour lesquels le pronostic vital était mis en jeu.

⇒ Circonstances du signalement :

Les raisons, ou plutôt les symptômes et diagnostics médicaux des enfants suspectés être victimes de maltraitance ayant conduit à la réalisation d'un signalement sont multiples.

Ces circonstances étaient :

- 25 cas : syndrome du « bébé secoué »
- 8 cas : lésions cutanées et ecchymoses multiples
- 5 cas : abus sexuels intra –familiaux
- 4 cas : abus sexuels extra-familiaux
- 4 cas : fracture d'un os longs
- 2 cas : fracture pariétale du crâne sans explication traumatique
- 2 cas : intoxication (1 THC/ 1 ecstasy)
- 1 cas : malaise grave du nourrisson ayant conduit au décès
- 1 cas : brûlure
- 1 cas : idées suicidaires
- 1 cas : pendaison (tentative)
- 1 cas : allégations de violences intrafamiliales
- 1 cas : comportement parental inadapté
- 1 cas : Anorexie mentale sévère et refus d'hospitalisation des parents
- 1 cas : VIH non suivi
- 1 cas : Traumatismes crâniens multiples dans un contexte de toxicomanie maternelle
- 1 cas : dénutrition sévère associée à un retard de développement
- 1 cas : enfant retrouvé errant la nuit et mère alcoolisée
- 1 cas : enfant refusant de rentrer dans sa famille

Dans la plupart des cas, ces « raisons » amenant au signalement n'étaient pas isolées. En effet, il ressort 4 cas où il existait un contexte de violences conjugales, un cas de dénutrition associé et un cas où il était stipulé un retard de consultation. Il existait également des causes intriquées, avec des cas de fractures et d'ecchymoses multiples associées. Dans seulement 2 dossiers, il est notifié que l'enfant rapporte avoir subi des violences au sein de sa famille. De même, en ce qui concerne les abus sexuels intra-familiaux, ce n'est pas l'allégation de l'enfant qui conduit au diagnostic mais les allégations de l'entourage. Tous les enfants qui ont été victimes de secouement ont été « signalés » aux autorités judiciaires. Dans notre étude, 2 enfants sont décédés suite à une maltraitance. Ce qu'il ressort de ces constatations est qu'il n'y a pas de « raisons types » amenant au signalement, mais que cette décision se prend au cas par cas. Les histoires des enfants maltraités sont « uniques » et ne répondent pas un critère diagnostique précis. Le clinicien doit ainsi faire appel à sa subjectivité, compliquant la prise de décision quant au fait de devoir signaler.

⇒ Examens complémentaires:

Sur les 65 enfants, 48 enfants ont bénéficiés d'examens complémentaires. 17 enfants n'ont eu aucun examen complémentaire.

Dans les cas de syndrome du bébé secoué, il était systématiquement réalisé un scanner cérébral, des radiographies du squelette entier, un fond d'œil et une biologie. Le but de ces examens était d'affirmer le diagnostic et d'éliminer d'éventuels diagnostics différentiels. Quelques-uns ont bénéficié d'une IRM cérébrale, d'un EEG et d'une scintigraphie osseuse. Ces derniers examens n'étaient pas systématiques.

Dans les cas des traumatismes, tous les enfants ont bénéficiés d'une biologie à la recherche de diagnostics différentiels, d'un scanner cérébral et de radiographies de squelette corps entier. Pour 3 cas une échographie abdominale a été réalisée sur point d'appel de douleur abdominale.

Il a également été fait des toxiques urinaires pour les 2 cas particuliers d'intoxication.

Pour les 17 cas pour lesquels il n'a pas été fait d'examens complémentaires, il s'agissait des cas d'abus sexuels ou de contexte pédopsychiatrique (idées suicidaires).

Ainsi, nous pouvons dire au ressort de ce constat, que la prise en charge en cas de suspicion de maltraitance est hétérogène. Cette hétérogénéité en fonction des cas n'est pas centre dépendant, mais clinicien dépendant.

⇒ Retour suite au signalement/ suivi de prise en charge :

Sur les 65 signalements réalisés, 17 dossiers ne stipulent aucun retour, que ce soit d'un point de vue médical ou judiciaire.

Pour les retours de prise en charge d'un point de vue judiciaire, les dossiers font états de :

- 20 placements (pouponnière, foyer, famille d'accueil)
- 6 sorties à domicile
- 11 enquêtes initiées par la police ou gendarmerie
- 1 mesure AEMO (aide éducative en milieu ouvert)

Il est impossible de catégoriser les enfants placés par rapport à la cause de la suspicion de maltraitance ayant conduit au signalement. En effet, dans les cas consultés, il ressort que des enfants ont été placés suite à un syndrome du bébé secoué. Mais par ailleurs, d'autres enfants ayant été victimes de secouement sont sortis à domicile. Dans les autres multiples cas, il existe des cas individuels et particuliers, avec notamment un placement réalisé pour un enfant ayant présenté des idées suicidaires, et un autre enfant n'a pas été placé pour une fracture pariétale du crâne sans explication. Ainsi il est impossible pour le clinicien de tirer « expérience » des suites du signalement. Car en effet, la suite dépendra de l'enquête, des auteurs mis en cause, de la compliance familiale, et de bien d'autres facteurs. Le retour judiciaire faisant suite au signalement n'est donc pas généralisable pour une situation donnée. Le clinicien ne peut s'y référer comme étant la preuve que « son » signalement était effectivement justifié, ou non. Cette constatation démontre bien que le signalement est écrit et transmis dans le cadre d'une suspicion de maltraitance et non d'une certitude.

D'un point de vue médical, il est stipulé que 17 enfants sont suivis en consultations par la suite. Il s'agit de consultations visant à prendre en charge les séquelles (neurologie, CAMSP), ou permettant la poursuite de la prise en charge du contexte de maltraitance initié en hospitalisation (suivi pédopsychiatrique, consultation avec le médecin référent).

Il est fait état de 2 décès dans notre étude comme mentionné plus haut.

1.2. Prise en charge ayant conduit à une information préoccupante

⇒ Taux d'information préoccupante

Sur les 198 dossiers, 35 enfants suspectés victimes de maltraitance ont fait l'objet d'une information préoccupante, soit un taux de 18%. Pour plus de la moitié des informations préoccupantes transmises (19/35), il s'agissait de nourrissons de moins de 24 mois.

⇒ Temporalité de l'information préoccupante

Le délai de réalisation de l'information préoccupante par rapport au début de l'hospitalisation de l'enfant était en moyenne de 5 jours (allant du jour même à un délai de 23 jours). Ce délai rend compte d'un temps d'observation de l'enfant légèrement plus long que celui du signalement (2 jours). Les équipes hospitalières se donnent donc un délai de réflexion plus étendu lorsqu'il peut s'agir d'enfants suspectés victimes de maltraitance relevant d'une information préoccupante. Il est à noter que pour 2 enfants, il n'y a pas eu d'hospitalisation. L'information préoccupante a été réalisée suite à un passage aux urgences pédiatriques. Les enfants avaient été notifiés dans la « liste » des enfants suspectés victimes de maltraitance et l'information préoccupante a été transmise après réunion en « staff maltraitance ».

⇒ Collégialité et modalités de transmission de l'information préoccupante

En ce qui concerne la collégialité, il est stipulé dans seulement un dossier que la transmission de l'information préoccupante s'est faite après discussion entre le médecin référent de la cellule maltraitance et les assistantes sociales du service de pédiatrie. Dans les autres dossiers, la notion de collégialité n'est pas retracée.

Il existe quelque cas particuliers où la rédaction de l'information préoccupante a été réalisée par un médecin du service de néonatalogie et le cadre de santé du service (4 cas), un cas transmis par le médecin traitant, un cas par l'assistante sociale, un cas par un hôpital périphérique (avant transfert), un cas par un médecin des urgences pédiatriques, un cas par un pédopsychiatre et une assistante sociale.

Dans tous les autres cas où une information préoccupante a été transmise, elle avait été réalisée par un ou 2 médecin(s) du service où l'enfant avait été hospitalisé. Pour le centre ayant un médecin référent maltraitance, toutes les informations préoccupantes ont été transmises par ce médecin.

Pour les 2 enfants qui n'avaient pas été hospitalisés, l'information préoccupante a été faite par le médecin référent de la cellule maltraitance après discussion en « staff » maltraitance.

De même que pour le signalement, les dossiers contenant l'information préoccupante en elle-même sont peu nombreux. Ainsi, elle est consultable dans 4 dossiers sur les 35 informations préoccupantes transmises.

Pour ce qui est des modalités de transmission, seulement 4 dossiers font état de cette information. Pour 3 dossiers l'information préoccupante a été transmise par fax. Pour un dossier, elle a été transmise par fax associé à un appel téléphonique. Pour les 31 dossiers restant, l'information n'est pas retracée.

⇒ Circonstances de l'information préoccupante

De même que pour le signalement, les symptômes ou diagnostics ayant conduit à la transmission d'une information préoccupante sont multiples, et parfois associés.

Nous pouvons relever :

- 10 cas : comportements parentaux inadaptés / négligences
- 3 cas : Intoxication médicamenteuse volontaire
- 2 cas : ecchymoses multiples
- 2 cas : traumatisme crânien dans un contexte de négligence
- 2 cas : troubles du comportement (mise en danger)
- 1 cas : brûlure (sauce tomate)
- 1 cas : fracture d'un os long
- 1 cas : chute de la fenêtre 3m50 (défaut de surveillance)
- 1 cas : suspicion de violence de la part de la nourrice
- 1 cas : prématurité extrême avec altération du lien mère-enfant
- 1 cas : parents mineurs
- 1 cas : suspicion de corps étranger vaginal infirmé
- 1 cas : idées suicidaires
- 1 cas : intoxication au cannabis
- 1 cas : exogénose (13 ans)
- 1cas : Plaie suite à une altercation intra-familiale
- 1 cas : Hématome sous dural chronique
- 1 cas : exogénose maternelle, enfant ayant fui chez le voisin

Toutes ces circonstances ne sont pas toujours « isolées ». En effet, il est notifié dans 5 dossiers qu'il existe un contexte de violences conjugales associées. Dans plusieurs situations, notamment les cas de brûlure et de fracture, y sont associées des comportements parentaux inadaptés (agression du personnel, défaut de soins pour l'enfant, absence...). Il est à noter que pour ces comportements parentaux inadaptés, il existe fréquemment un contexte de

prématurité, avec dans 2 cas, des enfants ayant un syndrome poly malformatif à l'origine d'un handicap.

Les circonstances relevées ici ayant conduit à la transmission d'une information préoccupante peuvent être regroupées pour la plupart comme des cas de « négligences ». Malgré tout, la subjectivité du clinicien reste prégnante. En effet, nous pouvons relever en exemple ici qu'un cas de fracture a conduit à la transmission d'une information préoccupante, alors que tous les autres cas de fractures avaient fait l'objet d'un signalement comme citées plus haut. Il n'est pas détaillé dans le dossier les raisons ayant amené à la transmission d'une information préoccupante plutôt qu'un signalement.

⇒ Examens complémentaires

Pour les 35 enfants ayant bénéficiés d'une information préoccupante environ la moitié (18 enfants) n'ont eu aucun examen complémentaire. En effet, pour ces cas, les enfants avaient été hospitalisés pour surveillance et évaluation de la situation. Pour tous les cas de « négligence » parentale, il n'y a pas eu d'examens complémentaires réalisés. Seulement 2 enfants n'avaient pas été hospitalisés.

Pour les autres enfants ayant bénéficiés d'examen(s) complémentaire(s), ceux-ci étaient faits au cas par cas. Il n'y a donc pas une situation type où les enfants suspectés victimes de maltraitance ont eu la même prise en charge. Nous pouvons citer par exemple quelques cas où une biologie a été réalisé (toxiques, paracetamolémie, sérologies des infections sexuellement transmissibles, crase sanguine). Comme cas particuliers, nous pouvons citer l'enfant ayant chuté de la fenêtre pour qui il a été réalisé un body-scan. L'enfant ayant consulté pour une suspicion de corps étranger intra-vaginal a bénéficié d'un abdomen sans préparation. Pour le reste, un cas de traumatisme crânien et le cas d'hématome sous dural chronique ont eu un scanner cérébral avec fond d'œil. Une radiographie de squelette corps entier a été réalisée pour l'enfant hospitalisé pour une fracture.

Si nous résumons, en ce qui concerne la démarche diagnostique, il n'existe pas de prise en charge standardisée. Les enfants suspectés victimes de maltraitance pour qui il a été transmis une information préoccupante, c'est-à-dire pour les enfants qui ont suscités une « inquiétude » chez les équipes hospitalières, ont été pris en charge au cas par cas.

⇒ Retour suite à l'information préoccupante/suivi de prise en charge

Sur les 35 dossiers pour qui il a été transmis une information préoccupante, 14 ne mentionnent pas de retour de la cellule de recueil des informations préoccupantes.

Tous les enfants suspectés victimes de maltraitance pour qui il a été transmis une information préoccupante sont retournés au domicile parental suite à l'hospitalisation, sauf un cas où l'enfant est retourné au domicile des grands-parents (avec la coopération des parents).

Pour 6 enfants, la prise en charge est complétée par un suivi en consultation externe (pédopsychiatrique, CMP, neurologique).

Pour 9 enfants, un lien vers le service de Protection Maternelle et Infantile a été fait en plus de l'information préoccupante.

Pour 2 enfants, il a été mis en place une mesure d'aide éducative en milieu ouvert.

Pour 4 enfants, la suite du dossier a été transmise aux autorités judiciaires. La cellule de recueil des informations préoccupantes a directement transmis le dossier à la justice en ce qui concerne l'enfant suspecté victime de violence de la part de sa nourrice. Pour un cas où l'enfant avait été hospitalisé pour des ecchymoses multiples, celui-ci a été ré-hospitalisé pour les mêmes raisons, ayant conduit à la réalisation d'une ordonnance de placement provisoire. Pour un cas de traumatisme crânien, l'enfant a été ré hospitalisé dans un contexte de négligence lourde, amenant à la réalisation d'un signalement puis d'un placement en famille d'accueil. Enfin, pour l'autre enfant ayant eu un traumatisme crânien, un signalement est venu compléter l'information préoccupante suite à la révélation de la véritable cause du traumatisme (coup porté à l'enfant alors que le père violentait la mère dans un contexte de violence conjugale).

De même que pour les signalements, il est difficile de généraliser les cas ayant bénéficié d'une information préoccupante avec la suite donnée de cette information préoccupante. Il faut souligner que la prise en charge des familles suite à une information préoccupante requiert la coopération de ces familles. Ainsi, le retour est d'autant moins systématique qu'après une transmission du cas auprès de la justice, car les familles n'étant pas « obligées » d'accepter la prise en charge, il en résulte un certain nombre de perdu de vue.

1.3. Prise en charge sans signalement ni information préoccupante

⇒ Taux de prise en charge sans signalement/information préoccupante

Sur les 198 dossiers étudiés, 98 enfants n'ont fait l'objet d'aucun signalement ni information préoccupante dans le cadre d'une suspicion de maltraitance, soit un taux de 50%. Sur ces 98 enfants, 72 avaient plus de 24 mois (soit 73%). Les enfants pour qui il n'a pas été réalisé d'écrit étaient donc pour la majorité en âge supérieur à l'âge d'acquisition de la parole.

⇒ Collégialité de la non transmission de signalement/information préoccupante

Sur les 98 dossiers, 89 dossiers ne stipulent pas que la prise de décision quant au fait de ne pas signaler ou de ne pas faire d'information préoccupante a été prise suite à une réflexion collégiale.

Un dossier rapporte qu'un avis a été pris auprès du médecin de la cellule maltraitance.

Dans quelques dossiers (n=4), il est mentionné que des renseignements ont été pris avec le médecin traitant, le pédiatre ou le service de Protection Maternelle et Infantile.

Il est écrit dans 2 dossiers que les assistantes sociales du service ont été informées de la situation. Dans 2 autres dossiers, il est écrit que la gendarmerie a été contactée.

Il est également mentionné dans 5 dossiers qu'une discussion a eu lieu avec la famille avec mise en place d'un « contrat » de suivi à la place d'un signalement ou d'une information préoccupante.

Malgré ces constatations, il est impossible de conclure sur le fait qu'il n'y a pas eu de collégialité dans les prises de décisions. En effet, comme décrit plus haut, l'information n'est pas simplement retranscrite dans le dossier médical. Cependant, la traçabilité de la prise en charge est de ce fait peu respectée dans de nombreux dossiers.

⇒ Circonstances de non signalement/information préoccupante

Les circonstances pour lesquelles les enfants suspectés victimes de maltraitance n'ayant pas fait l'objet de signalement ou d'information préoccupante sont multiples et très variées. En effet, les « raisons » ayant amenées à cette suspicion peuvent parfois être les mêmes que pour les enfants ayant fait l'objet d'un écrit. Cependant, il est constaté que la prise en compte au cas par cas de la situation n'aboutit pas nécessairement à la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante.

Les circonstances sont :

- 10 cas : intoxication médicamenteuse volontaire
- 9 cas : troubles du comportement
- 8 cas : lésions cutanées (ecchymoses, plaies, griffures)
- 6 cas : parents amenant leurs enfants pour suspicion d'agression sexuelle de la part d'un tiers (extra ou intra-familial)
- 5 cas : attitude parentale inadaptée (vulgarité, absentéisme, agression)
- 4 cas : Traumatisme crânien associé à une fracture
- 4 cas : brûlures
- 4 cas : accidents domestiques (intoxication médicamenteuse non volontaire)
- 4 cas : fugue du domicile et mise en danger
- 3 cas : fractures
- 3 cas : défenestration accidentelle
- 3 cas : chute grave accidentelle (mezzanine, toit, escaliers)
- 2 cas : coma suite à la prise de toxiques (alcool, stupéfiants)
- 2 cas : voisins témoins de coups portés à l'enfant par un parent

- 2 cas : idées suicidaires
- 2 cas : allégations de violences physiques
- 1 cas : traumatismes crâniens multiples
- 1 cas : allégations de violences sexuelles
- 1 cas : strangulation par le père
- 1 cas : mort inattendue du nourrisson
- 1 cas : amputation d'un orteil
- 1 cas : antécédent de placement dans la fratrie et mort fœtal in utero du jumeau suite à des violences conjugales
- 1 cas : anxiété parentale inadaptée
- 1 cas : vomissements constatés par la mère seule
- 1 cas : inhalation eau du bain
- 1 cas : syndrome du biberon
- 1 cas : épuisement parental
- 1 cas : inobservance du traitement prescrit
- 1 cas : altercation physique intrafamiliale
- 1 cas : syndrome du tourniquet
- 1 cas : incurie majeure
- 1 cas : découverte de grossesse suite à des douleurs abdominales
- 1 cas : bronchiolite et contexte socio-éducatif carencé

Associés à ces « motifs » de suspicion de maltraitance, pour 3 dossiers il existait un contexte de mère alcoolisée, et 2 dossiers où le discours parental était fluctuant sur le déroulement des événements à domicile.

Comme dit plus haut, certains de ces motifs ont fait l'objet de signalement ou d'information préoccupante dans d'autres cas. Le contexte et la prise en compte de chaque cas individuellement sont évidemment essentiels à la prise de décision sur le fait de réaliser un écrit ou non. Seulement, cela démontre bien la subjectivité et l'hétérogénéité de chaque

prise en charge. Il est impossible de définir un « groupe » de situation qui relèverait de tel ou tel suite à donner en ce qui concerne le fait de devoir « signaler ».

⇒ Examens complémentaires

Sur les 98 dossiers n'ayant fait l'objet ni de signalement ni d'information préoccupante, 40 n'ont eu aucun examens complémentaires, soit presque la moitié.

Il est à noter que tous les enfants suspectés victimes de maltraitements n'ont pas été hospitalisés. 15 enfants ont été vus aux urgences pédiatriques.

Sur les autres dossiers, les examens réalisés étaient ciblés en fonction du motif de consultation ou d'hospitalisation.

Ainsi, il a été réalisé une biologie chez 31 enfants.

Les examens ciblés avaient pour but soit d'étayer le diagnostic, soit de rechercher des complications. Il a donc été réalisé un body-scanner dans 6 cas, un scanner cérébral dans 4 cas, une échographie abdominale dans 5 cas, une radiographie ciblée dans 8 cas, et un scanner thoracique dans un cas.

En ce qui concerne le « bilan » de suspicion de maltraitance en lui-même, il a été réalisé entièrement chez 4 enfants. Ces 4 cas ont bénéficié d'une biologie, d'un scanner cérébral associé à une radiographie de squelette entier, et pour 2 d'entre eux un fond d'œil. Pour seulement un cas l'échographie abdominale a été réalisée dans le cadre de la suspicion de maltraitance.

Cette absence de systématisation du bilan à la recherche d'une maltraitance peut s'expliquer par le fait que la population d'enfants pour qui il n'a pas été réalisé d'écrit, on pour la plupart acquis l'usage de la parole. L'interrogatoire de l'enfant étant possible, le clinicien dispose d'une « explication » à la situation, pouvant d'elle-même écarter la suspicion de maltraitance. Malgré tout, le caractère influençable de l'enfant ainsi que son conflit de loyauté envers ses parents devrait faire poser la question au clinicien de la fiabilité

des propos recueillis. Ainsi, le caractère subjectif de chaque situation ne peut être écarté une fois de plus.

⇒ Retour suite au « non signalement »/ suivi de prise en charge

Sur les 98 enfants chez qui il n'a pas été fait de signalement ni d'information préoccupante, 35 dossiers ne reportent pas de retour sur la prise en charge ou les suites données à ces situations.

Sur les 98 enfants pour qui il n'a pas été fait d'écrit, il s'avère que 27 d'entre eux étaient déjà pris en charge d'un point de vue judiciaire ou administratif.

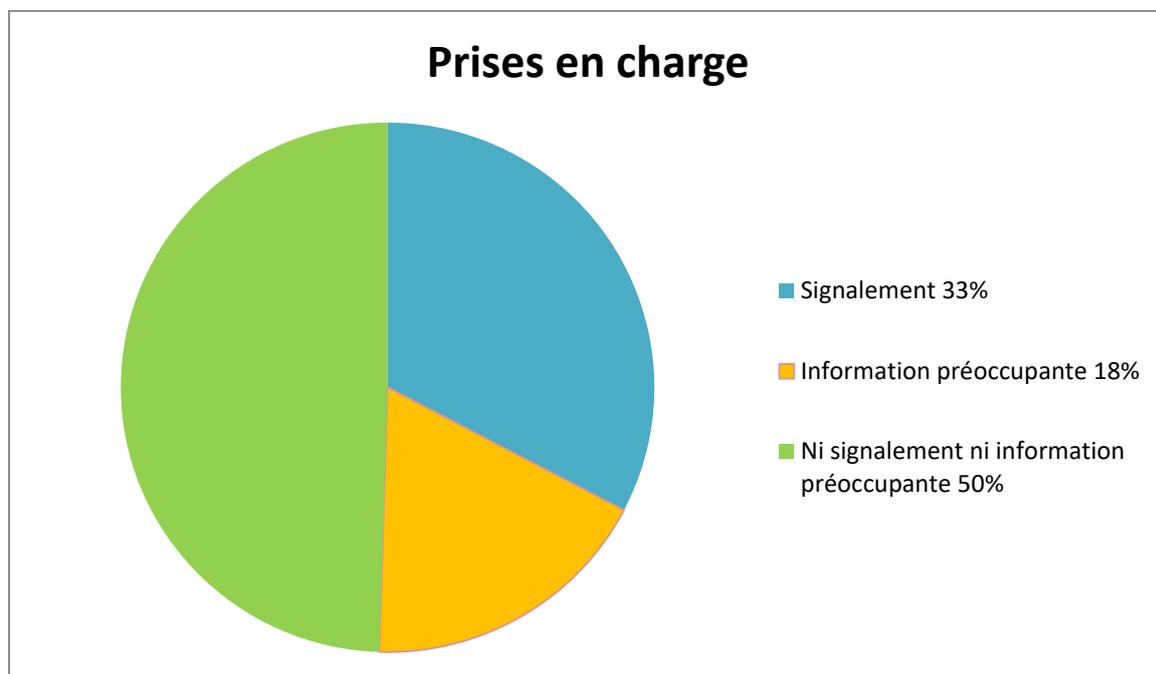
En effet, sur les 27 enfants :

- 11 vivaient en foyer ou famille d'accueil
- 10 faisaient l'objet d'une mesure d'investigation judiciaire en cours
- 6 avaient une mesure éducative en place (Aide éducative en milieu ouvert)
- 1 était en attente de placement (foyer ou famille d'accueil)

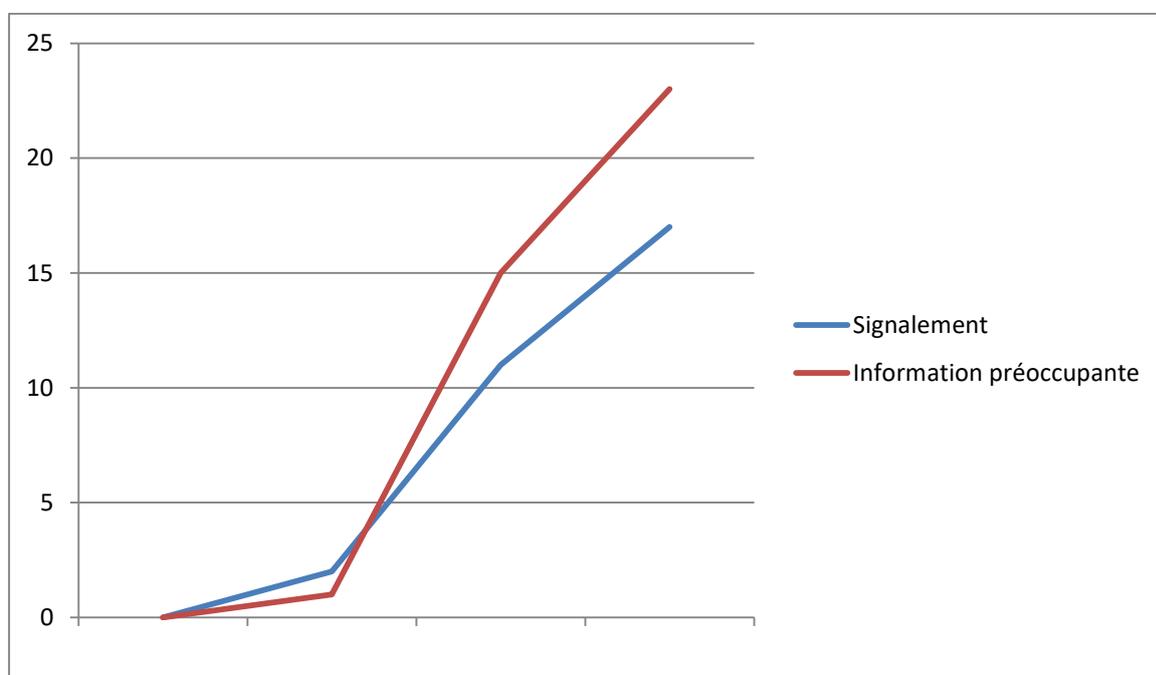
Ainsi pour ces enfants, il a été réalisé une « note d'information » de l'hospitalisation à l'éducateur responsable ou au Tribunal de Grande Instance qui réalisait l'enquête. Cette constatation démontre que si un enfant est déjà dans le « circuit » de la protection de l'enfance, il n'est pas réalisé de signalement ou information préoccupante en tant que tel. Cependant, les autorités responsables en sont systématiquement avisées avec des compléments d'informations.

Pour ce qui est du suivi, 20 enfants sont revus en consultation (pédopsychiatrique, neurologie ou neurochirurgie). 1 enfant a été revu par le médecin référent de la cellule maltraitance. Il a été fait un lien vers le service de Protection Maternelle et Infantile pour 17 enfants.

2. Graphiques



Graphique 1 : Taux de prises en charge en pourcentages



Graphique 2 : Délais moyens de transmission de signalement/ information préoccupante en jours

3. Questionnaires

Sur les 2 centres, 12 médecins ont été interrogés (6 pédiatres à Nancy, 6 pédiatres à Caen). Sur ces 12 praticiens, 4 travaillent dans un centre de réanimation pédiatrique, 3 en secteur d'hospitalisation et 5 aux urgences pédiatriques.

Le mode de fonctionnement diffère selon le centre en ce qui concerne la prise en charge des enfants suspectés victimes de maltraitance.

Le centre hospitalier universitaire de Nancy possède un pédiatre hospitalier référent en cas de suspicion de maltraitance. Ainsi, la prise en charge de ces enfants est systématiquement centralisée vers ce pédiatre. Une réunion hebdomadaire avec ce médecin référent, les assistantes sociales et une puéricultrice est organisée. Ce « staff » maltraitance reprend les situations et discutent de la conduite à tenir au cas par cas.

Le centre hospitalier universitaire de Caen, ne possède pas de médecin référent maltraitance identifié. Les prises en charges des enfants suspectés victimes de maltraitance se font donc selon le médecin en poste, dans le service où l'enfant est hospitalisé. Un « staff » quotidien est pratiqué dans chaque service pour la transmission des nouveaux patients. Il est composé de médecins séniors, internes, externes et d'un cadre de santé.

Les questionnaires ont visé à recueillir ce mode de fonctionnement et à en dégager les difficultés propres à chacun quant à la prise de décision du fait de devoir « signaler » ou non.

⇒ *Prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une suspicion de maltraitance :*

Selon les cliniciens interrogés, les signes pouvant faire amener à une suspicion de maltraitance sont :

- Signes neurologiques (trouble de la conscience, convulsions, malaise grave du nourrisson) évoquant la possibilité d'un saignement intra-crânien
- Fractures
- Hématomes/ecchymose multiples
- Anamnèse peu cohérente

- Syndrome du tourniquet
- Brûlures
- Décès inexpliqué
- Morsures
- Etat nutritionnel et développement
- Intoxications
- Pleurs inexpliqués
- Enfant adressé par la police/gendarmerie
- Consultations récidivantes inexpliquées

Suite à cette suspicion, les prises en charges s'avèrent être hétérogènes intra et inter-centres.

Les enfants pour qui les symptômes sont graves bénéficient en premier lieu d'une prise en charge urgente avec stabilisation des fonctions vitales. L'hospitalisation est bien sûr systématique dans ces cas. Le bilan vise à établir le diagnostic en premier lieu (scanner cérébral pour un hématome sous-dural, radiographies pour des fractures...). Le bilan de contexte de maltraitance s'effectue dans un second temps.

Pour ce qui est des enfants ne nécessitant pas de prise en charge urgente (absence de mise en jeu du pronostic vital ou de fonction vitale), l'hétérogénéité de prise en charge est d'autant plus visible.

- ⇒ 4 cliniciens interrogés évoquent la nécessité de réaliser des examens complémentaires à la recherche d'un diagnostic différentiel à la maltraitance.
- ⇒ 5 praticiens disent devoir donner une information et une explication aux parents sur la conduite tenue en ce qui concerne la suspicion de maltraitance.
- ⇒ 3 praticiens requièrent une évaluation psychosociale de la situation.
- ⇒ 2 médecins transmettent le dossier au médecin référent de la cellule maltraitance pour la prise en charge. Si celui-ci est absent, le dossier est transmis aux assistantes sociales du service.

- ⇒ 1 médecin demande un avis aux autres « spécialités » (ophtalmologue, neurologue...).
- ⇒ 1 médecin évoque la nécessité de devoir s'entretenir avec l'enfant si celui-ci est en âge de parler.
- ⇒ 2 praticiens disent devoir hospitaliser l'enfant si celui-ci n'est pas en sécurité ou si la suspicion est forte.

De part ces constatations, il existe une différence de pratique d'un point de vu de la prise en charge initiale d'une suspicion de maltraitance, que ce soit au sein d'un même centre ou au sein de 2 centres hospitaliers différents.

⇒ Temporalité de la prise de décision du « signalement »

Les temps de réflexions diffèrent selon les centres, les services et les praticiens.

- ⇒ 1 praticien évoque le fait que si le doute est très important quant à la suspicion de maltraitance, il faut hospitaliser l'enfant pour se donner le temps de l'évaluation. Ce même praticien évoque le fait de la nécessité d'avoir recourt à une Ordonnance de Placement Provisoire si les parents sont non adhérent à la prise en charge. Ainsi, une forte suspicion requiert une prise en charge urgente selon ce clinicien.
- ⇒ 4 praticiens disent transmettre leurs cas de suspicion au médecin référent de la cellule maltraitance, avec de ce fait une prise en charge différée en « staff » maltraitance.
- ⇒ Pour le service de réanimation pédiatrique, 4 médecins évoquent le fait que les cas de suspicion de maltraitance sont discutés chaque matin au «staff ». 2 médecins évoquent le fait de devoir réaliser un signalement rapidement dans le cas où il existerait une fratrie ou d'autres enfants à domicile pouvant courir un risque. Un médecin précise que si le cas ce produit sur un week-end (donc sans « staff »), le signalement sera fait sans attendre l'aval de l'équipe hospitalière.

⇒ Collégialité de la prise de décision du « signalement »

La prise de décision quant au fait de devoir signaler ce fait de manière différente d'un centre à l'autre, et également d'un service hospitalier à un autre.

Cependant, tous les médecins interrogés évoquent le fait que la décision est systématiquement prise de manière collégiale.

- ⇒ Tous les praticiens disent pouvoir avoir recours au médecin traitant ou au service de Protection Maternelle et Infantile pour les aider dans leur prise de décision. Un médecin évoque le fait de devoir informer le médecin traitant de la prise en charge.
- ⇒ 6 cliniciens se reportent au « staff » maltraitance hebdomadaire pour la collégialité, où chaque cas est discuté.
- ⇒ 1 médecin évoque le fait que la collégialité se fait de manière systématique et non officielle dans le cas où l'enfant est hospitalisé.
- ⇒ 5 praticiens disent discuter des cas de suspicions de maltraitance au « staff » quotidien du service. Un médecin mentionne que la prise de décision ne se fait « jamais seule ».
- ⇒ Un médecin évoque une prise de décision avec une équipe de praticiens pluridisciplinaires (orthopédistes, neurologues, pédopsychiatres...) dont un médecin légiste.
- ⇒ Un médecin inclus l'équipe soignante du service de pédiatrie dans la collégialité.
- ⇒ Un médecin souligne le fait que la collégialité est appliquée de manière systématique, hormis dans les cas où il se retrouve isolé en garde.

⇒ Connaissances théoriques des modalités de « signalement » :

Sur tous les médecins interrogés, 10 pensent avoir une conduite à tenir claire au sein de leur service en ce qui concerne les modalités du signalement ou de l'information préoccupante. 2 médecins pensent que la conduite à tenir n'est pas claire, hormis dans les cas d'urgence immédiate (Ordonnance de Placement Provisoire) pour un de ces 2 médecins.

Tous les médecins interrogés connaissent la différence entre un « signalement » et une « information préoccupante ». (Nouvelle notion introduite avec la loi de 2007).

En ce qui concerne la formation théorique, 3 médecins pensent avoir une formation suffisante. Pour 2 de ces médecins, la connaissance a été acquise suite à des formations personnelles basées sur le volontariat. Pour l'autre médecin, les connaissances ont été acquises lors de congrès et avec la pratique clinique.

Pour les 9 médecins restant, ceux-ci considèrent ne pas avoir eu de formation suffisante. 2 médecins évoquent le fait de devoir apprendre « sur le tas ». Un médecin dit avoir eu besoin de complément de formation et ce sur son temps personnel. 2 médecins mentionnent le fait qu'il n'y a aucune conduite à tenir sur l'attitude à adopter vis-à-vis des parents (communication).

Pour les médecins interrogés, il ressort quelques cas où le signalement devrait être fait dans l'urgence :

- Nourrissons
- Refus d'hospitalisation par les parents
- Fracture chez l'enfant non marchant
- Syndrome du « bébé secoué »
- Ecchymose multiples
- Tentative d'étouffement
- Maltraitance avérée
- Nécessité de protection immédiate de l'enfant
- Péril immédiat avec besoin de soins
- Agression sexuelle
- Pronostic vital engagé
- Anamnèse floue
- Syndrome de Münchhausen par procuration
- Autres enfants à domicile

- Violences physiques
- Sortie contre avis médical en cas de grave pathologie

Il n'existe pas à ce jour de recommandation faisant état de quels cas devraient être signalés en urgence ou non. Cette décision est laissée à l'appréciation du praticien, selon le cas rencontré, le contexte, l'évolution...

En ce qui concerne la formation médicale sur la maltraitance et la démarche à suivre en cas de signalement, quelques cours théoriques sont enseignés au cours de l'externat puis quelques heures théoriques en cas de spécialisation en pédiatrie. Des formations complémentaires sont accessibles (congrès, DU...) et ce sur la base du volontariat.

⇒ Retour suite au signalement/information préoccupante

Après que le clinicien ait réalisé un écrit pour un enfant suspecté victime de maltraitance, le retour de la justice ou du conseil général aux suites données pour cet enfant n'est pas systématique.

Sur les médecins interrogés, 5 déclarent n'avoir eu aucun retour suite à leur écrit. 1 médecin déclare avoir eu un retour téléphonique suite à un signalement, et 2 médecins disent avoir eu un retour après émission d'une information préoccupante quelques semaines après.

2 médecins déplorent le fait de ne pas avoir de retour direct sur la réception en elle-même du signalement. 2 médecins ont eu un retour immédiat suite à la prononciation d'une Ordonnance de Placement Provisoire.

2 médecins disent avoir eu des nouvelles des suites données par la « cellule maltraitance ». 2 médecins ont eu des nouvelles par les familles elles-mêmes. 1 médecin a régulièrement des retours du fait de les suivre en consultation pour la prise en charge somatique (brûlures). Un

médecin déclare avoir eu un retour par l'orientation de l'enfant à la sortie de l'hospitalisation.

2 médecins ont eu un retour du fait de la réquisition d'un médecin légiste venu examiner l'enfant dans le service, et un médecin déclare avoir eu des nouvelles du fait d'avoir été auditionné par la justice.

Nous pouvons constater que les suites données au signalement/ information préoccupante ne sont pas connues par les cliniciens à l'origine même de cette « déclaration ». Il est donc difficile pour ces médecins de savoir si le fait d'avoir « dénoncé » une situation a été bénéfique pour l'enfant, ou même simplement prise en compte. L'expérience suite au retour d'un signalement ne peut être acquise. Cependant, ces situations étant des cas « uniques », il serait difficile de systématiser un groupe ou des groupes de situation nécessitant la réalisation d'un écrit ou non. En effet, la réalisation d'un signalement ou d'une information préoccupante reste dans le cadre d'une suspicion de maltraitance et non d'une certitude.

⇒ Difficultés à signaler/transmettre une information préoccupante

En ce qui concerne les difficultés pour un médecin de réaliser un écrit face à une suspicion de maltraitance, les obstacles sont variés.

6 médecins déclarent avoir une difficulté à faire un écrit dans les cas où il existe un vrai doute diagnostique important entre une maltraitance et un diagnostic différentiel.

Un médecin dit se retrouver en difficulté face aux démarches administratives.

Un médecin déplore les conséquences dues au fait de signaler, avec la possibilité de placement en famille d'accueil ou placement, car selon ça n'améliore pas la situation des enfants.

Un médecin trouve difficile de signaler un cas suspect de maltraitance s'il s'avère être infirmé avec toutes les conséquences que cela implique pour la famille.

Un médecin se retrouve en difficulté face à des situations où il existe une barrière de la langue, entravant de ce fait la communication.

Un médecin a ressenti une difficulté à signaler face à des parents violents.

Un médecin déclare une difficulté à signaler lorsque l'anamnèse est peu claire et qu'elle nécessite une ré-interrogation des parents.

2 médecins disent n'éprouver aucune difficulté à signaler, d'autant plus si l'enfant se trouve en situation de pronostic vital engagé.

Un médecin dit avoir plus de difficulté à réaliser une information préoccupante dans les cas de négligences, car le doute diagnostique est d'autant plus important.

5 médecins disent n'avoir jamais eu aucun regret à faire un signalement. Un médecin déclare que s'il existe un doute, alors l'écrit doit être fait. 3 médecins déclarent avoir eu une situation où ils ont regretté d'avoir signalé (cas où un parent avait agressé le médecin par la suite, cas où un diagnostic différentiel avait été retrouvé, cas où l'enfant a été perdu de vue). Le médecin ayant regretté d'avoir fait un signalement dans le cadre où une pathologie somatique avait été retrouvée mentionne le fait que le signalement avait été facile à « défaire » (écrit complémentaire). Un médecin dit regretté d'avoir fait le signalement trop tôt, car les bilans à la recherche de diagnostics différentiels prennent du temps. 2 médecins regrettent d'avoir signalé du fait des suites données à ce signalement. Les raisons étaient : une séparation de fratrie, un retour à domicile faute de place à la pouponnière, une tentative de suicide survenue en foyer, et un médecin déplore le fait que les juges décisionnaires ne fassent pas d'enquête de terrain.

Ainsi, les difficultés à faire un signalement ou une information préoccupante résident dans le fait que les conséquences de ce signalement sont incertaines. En effet, la peur de « se tromper » et d'engendrer des conséquences néfastes pour les familles est une difficulté

souvent abordée. La peur des représailles est une autre difficulté. Enfin certains médecins n'ont pas confiance dans le système de protection de l'enfance et ont des doutes quant à la possible amélioration de la situation.

⇒ Attente des cliniciens pour une facilitation de la prise de décision à signaler/transmettre une information préoccupante

Les attentes des cliniciens pour les aider à prendre une décision cohérente sont multiples.

Un médecin évoque la mise en place d'un algorithme permettant une réflexion clinique à la prise de décision.

4 médecins aimeraient un retour de la justice sur le signalement avec un renforcement du lien.

2 médecins évoquent la nécessité d'informer le grand public sur les conséquences de la maltraitance, avec des campagnes de prévention. Ainsi initier une prise en charge en amont du signalement, et notamment avec une prévention à la sortie de la maternité.

Un médecin évoque la formation des médecins avec la mise en place de campagnes de sensibilisation des professionnels de santé. Un autre médecin aimerait que l'enseignement théorique sur la maltraitance soit réalisé plus tard dans le cursus afin de pouvoir se projeter face aux situations. Un médecin aimerait avoir plus de précision sur la façon de rédiger un signalement (notamment en ce qui concerne l'utilisation de termes médicaux).

2 médecins disent vouloir une discussion collégiale avec l'équipe de médecine légale.

2 médecins trouveraient une aide dans le fait d'avoir des échanges pluridisciplinaires dans la prise de décision, avec notamment les services de Protection Maternelle et Infantile, d'Aide Sociale à l'Enfance et avec la justice.

Un médecin aimerait avoir une conduite à tenir plus claire, notamment sur le fait de savoir à qui donner les informations (justice, services de police et gendarmerie...).

Un médecin évoque la nécessité de faire descendre sur le terrain les juges décisionnaires face à la suspicion de maltraitance. Ce même médecin a des attentes dans l'amélioration du système de protection de l'enfance français.

Un médecin aurait plus de facilité à prendre une décision s'il avait « accès » en permanence à un médecin formé en maltraitance.

Un médecin mentionne le fait qu'il serait utile d'avoir plus de temps pour la prise en charge de ces enfants, avec une reconnaissance de l'institution hospitalière de cette spécialité et un temps dédié.

Les attentes des professionnels pour faciliter leur prise de décision sont différentes et se rapportent notamment au cas « vécus ». Il ressort qu'une amélioration de la formation, une discussion collégiale systématique, un médecin référent en maltraitance et un renforcement du lien avec la justice pourraient être des solutions à apporter aux cliniciens qui se retrouvent en difficultés face à des situations qui restent subjectives.

IV. DISCUSSION

1. Perspectives des résultats

Les résultats montrent que les professionnels se retrouvant face à des situations de maltraitance où la question du « signalement » se pose sont en difficulté.

Les cliniciens déplorent un manque de formation, un manque de collégialité, un manque de lien avec la justice et une perte de confiance dans le système de protection de l'enfance, ou des conséquences données suite au signalement.

Ces facteurs peuvent être des freins au signalement.

De même, il est constaté une différence de pratique intra et inter-centre. Chaque clinicien se retrouve isolé face à une situation faisant appel à sa subjectivité, ce qui est à l'opposé des prises en charges somatiques habituelles. Les 2 centres ne disposent pas de la même organisation. Le centre ne disposant pas de référent en maltraitance s'organise différemment au sein de chaque service. La discussion est souvent collégiale mais jamais interdisciplinaire. Le centre possédant une « cellule » maltraitance centralise ses prises de décisions vers ce médecin référent. Malgré tout, cette prise de décision quoique collégiale, reste intra disciplinaire et non interdisciplinaire. Le manque de lien avec la justice est déploré dans les 2 centres. Dans les 2 centres, il n'y a pas ou peu de lien avec l'équipe de médecine légale.

Il en résulte un manque de cohérence et d'harmonisation des pratiques. Ce manque « d'organisation » peut être un frein au fait de signaler de manière efficace et la plus objective possible, étant de ce fait dangereux pour les enfants suspectés être victimes de maltraitance.

2. Le manque de formation et le besoin d'accompagnement des professionnels

Les difficultés pour un praticien à signaler un cas suspect de maltraitance sont multiples. Une des principaux obstacles à la bonne prise en charge de ces enfants est le manque de formation des médecins sur le sujet. Le mode de formation est aussi une barrière avec la culture de l'inviolable secret professionnel. Pour ce qui est de la formation générale, les médecins généralistes n'ont pas accès à cette formation dans certaines facultés (31). Les pédiatres bénéficient d'un enseignement théorique de 2 heures maximum. Cela est en contraste avec une étude américaine qui montre que les médecins ayant reçu moins de 10 heures de formation sur le sujet signalent significativement beaucoup moins que ceux ayant reçu plus de 10 heures d'enseignement (31). Encore faut-il que cet enseignement permettant la reconnaissance d'une maltraitance puisse être d'une utilité dans les démarches du signalement qui reste à faire par la suite. Une étude réalisée en Bretagne en 2017 avait montré que seulement 53% des pédiatres avaient reçu une formation magistrale sur le sujet, et seulement 32% déclaraient avoir reçu une formation ou information sur l'information préoccupante (65). Le manque de formation faisait partie des freins à signaler un cas suspect de maltraitance (65). Ce manque de formation est également souligné par les pédiatres interrogés dans notre étude.

3. Le difficile rapport au secret médical

A cela se surajoute une tendance à l'amalgame entre respect du secret professionnel et dérogation de ce secret lorsqu'une situation de suspicion de maltraitance se présente. En effet, la formation médicale et la relation au patient sont basées sur ce secret. Il est évoqué par le serment d'Hippocrate que tout médecin se doit de respecter : « *Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs* ». C'est à partir de 1810 que le Code pénal prohibe la violation du secret professionnel (52). Aujourd'hui la dérogation légale pour la levée du secret professionnel est explicite (52). Ainsi, aucune sanction disciplinaire ne peut être prononcée à l'encontre d'un médecin dans le cadre d'un signalement de sévices si les conditions légales sont respectées (56). Le

praticien se retrouve parfois en difficulté face à une suspicion de maltraitance du fait de devoir à la fois respecter le secret, respecter la loi, protéger l'enfant, et ce dans un contexte de relation triptyque avec les parents et l'enfant. La loi à ce jour est en faveur du signalement comme cité plus haut.

Le manque de connaissance théorique des praticiens est aussi à la base de la difficulté pour la rédaction du signalement. Cet écrit est l'interface entre le monde médical et le monde judiciaire. Ces deux instances n'utilisent pas le même « jargon ». De ce fait, la rédaction du signalement et l'accessibilité de ce signalement pour la justice sont fondamentales, sous peine de risquer une incompréhension mutuelle, et donc une absence de prise en charge adéquate pour l'enfant en danger.

Comme dit plus haut, la formation des médecins sur la reconnaissance d'une suspicion de maltraitance est essentielle. De plus, il ne faut pas omettre la formation indispensable sur les modalités de transmission de ce signalement. Pour certains médecins interrogés dans notre étude, cette étape reste floue et inaccessible.

Ce manque de formation de manière générale peut être palier par l'accès à un médecin référent en maltraitance. Celui-ci ayant reçu une formation spécialisée du sujet serait plus à même de soutenir une équipe hospitalière face à un doute, une difficulté de prise en charge.

4. La difficulté de travailler en collégialité

La question de la pluridisciplinarité est une piste dans l'amélioration de prise en charge des enfants suspectés victimes de maltraitance. Elle pourrait apporter une aide quant à la prise de décision de signaler ou non une situation. Certains centres hospitaliers disposent d'un lien direct avec le service de Médecine Légale. Cette proximité apporte des avantages, comme le fait de pouvoir réaliser un examen médico-légal en urgence, et ainsi d'éviter la répétition ultérieure de cet examen (57). Surtout, la proximité d'une unité médico-judiciaire va permettre une concertation collégiale pluridisciplinaire. Une étude de 2016 réalisée au CHU de Bordeaux (42) a mis en évidence l'absence de consensus quant à la méthodologie d'évaluation des suspicions de maltraitance, ce qui favorise l'hétérogénéité des pratiques. De plus, il est montré que le fait d'une proximité avec l'unité médico-judiciaire permet une prise en charge plus globale de ces enfants. La mise en relation des médecins

compétents en « maltraitance » avec l'unité médico-judiciaire permet une harmonisation de temps et de lieu. Cette pluri-institutionnalité a également fait ses preuves dans d'autres centres comme les CHU d'Angers, de Rennes ou de Nantes (31). En effet, la coordination des services d'urgences, de pédiatrie et de médecine légale regroupe non seulement plusieurs « spécialités » médicales, mais aussi plusieurs disciplines, avec l'intervention de psychologues, de puéricultrices, d'assistantes sociales. Bien sûr, cela permet un rapprochement du lien avec la structure judiciaire. Dans notre étude, il n'est pas constaté de lien direct avec les unités médico-judiciaires sauf en cas de réquisitions judiciaires, ou pour avis facultatif et ponctuel. Un travail de liaison pourrait s'avérer nécessaire pour une harmonisation des pratiques, et ainsi pouvoir diminuer la part de subjectivité propre à chacun face à une situation de maltraitance. De ce fait le travail avec la justice s'en trouverait optimisé et plus pertinent.

5. Recours à la justice en protection de l'enfance

En ce qui concerne le recours à la justice en France, il n'existe pas de chiffres fiables. En effet, la judiciarisation mesurée par l'ODAS ne fait état que des informations qui ont été transmises à la justice par les départements (impossibilité d'évaluation, inefficacité des mesures administratives...). Ainsi il recensait 47 500 signalements transmis à la justice en 1999. Pour avoir une véritable idée sur le nombre des signalements transmis à la justice, il faudrait réaliser une enquête directement au niveau des données saisies au Parquet (19). A ce jour, il n'existe aucune enquête nationale qui permet de connaître les motifs des différentes mesures soit administratives, soit judiciaires, ni les difficultés à l'origine de ces mesures (35). Notre étude montre également que les mêmes motifs de suspicion de maltraitance peuvent faire l'objet indifféremment de transmission d'information préoccupante, de signalement, voire d'aucun écrit. La justice, débordée, se voit recevoir des informations peu inquiétantes au détriment de certaines autres qui auraient mérité une prise en charge plus urgente (10). Le recours à la justice fait partie du système de protection de l'enfance en France. Certains autres pays européens ont d'autres organisations. Ainsi, en Belgique, les équipes de « SOS-enfants » s'inscrivent dans cet esprit de déjudiciarisation des situations de maltraitance (32). Ces équipes pluridisciplinaires évaluent en interne les situations de maltraitements et apportent une prise en charge en rapport. Bien évidemment,

l'accord des parents est une condition indispensable à cette forme de fonctionnement. Le recours à la justice se fait lorsque les parents maltraitants refusent l'aide apportée. Cette institution prend en charge tous les cas suspects de maltraitance, y compris les agressions sexuelles.

6. Hétérogénéité des pratiques

Notre étude reflète également le manque d'homogénéité des pratiques. Les prises en charges diffèrent intra et inter centre. Il manque une unité de temps et de lieu pour l'harmonisation des pratiques, un lien véritable entre les différents services intra et extra-hospitaliers. L'absence de médecin référent en maltraitance, avec de ce fait un manque de formation des équipes, renforce cette hétérogénéité de pratique.

Nous avons vu que même lorsque une maltraitance est suspectée, il n'est pas nécessairement réalisé d'information préoccupante ou de signalement. L'hospitalisation de ces enfants permet tout d'abord d'apporter les soins et les traitements en rapport avec leurs plaintes somatiques. De plus, cela permet en parallèle de réaliser un dépistage des situations à risque de maltraitance grave, avec l'espoir d'une évaluation multidisciplinaire (26). L'hôpital peut aussi être un lieu de protection le cas échéant (38). Le recul nécessaire pour une évaluation de suspicion de maltraitance demande du temps et de la réflexion (27). Une précipitation dans la décision de signaler ou au contraire d'écarter tout danger après une trop courte évaluation peut s'avérer délétère pour un enfant en danger ou en risque de l'être. Or, il est vu dans cette étude que tous les enfants suspectés être victimes de maltraitance ne sont pas systématiquement hospitalisés. Le fait que l'enfant ne soit pas hospitalisé ne permet pas la réalisation du bilan nécessaire au diagnostic et surtout à la prise de recul nécessaire pour lever ou confirmer le doute sur une maltraitance.

7. Réticences au signalement

Il existe des réticences à signaler dans le corps médical. Seulement 5% des médecins sont à l'origine des signalements (65). L'étude de 2017 sur les pratiques des pédiatres dans le domaine de la protection de l'enfance montre que ceux-ci étaient peu prompts à signaler du fait de l'absence de retour d'information par les services sociaux, du manque de formation, et de la crainte de commettre une erreur diagnostique et d'être ainsi accusés de dénonciation calomnieuse (65). Une autre étude réalisée en Bretagne également en 2015 (64) montrait que les médecins généralistes avaient les mêmes freins à réaliser un signalement, c'est-à-dire un manque de formation, la peur de faire un mauvais diagnostic et donc d'être accusé de dénonciation calomnieuse. Il ressortait aussi une crainte du fait d'une méconnaissance du rôle exact des services de protection de l'enfance (64). En effet, il existe une perception négative de l'effectivité globale des services sociaux et un manque de communication (12) pouvant ainsi rendre méfiant les praticiens sur l'aptitude de ces services à pouvoir protéger les enfants. Dans notre étude, plusieurs praticiens interrogés soulignent effectivement leur surprise en ce qui concerne la prise en charge ultérieure des enfants lorsqu'un signalement a été réalisé (absence de placement faute de place, séparation de la fratrie, mauvaise évolution de la santé des enfants après un placement en foyer...). A cela se surajoutent des craintes de répercussion sur le plan pénal (14). Le flou juridique peut laisser penser que le signalement n'est pas obligatoire (14). Or ce n'est pas le cas, encore faut-il avoir été formé suffisamment sur la question pour connaître les modalités de la loi en ce qui concerne les suspicions de maltraitance.

8. Références internationales et recherche

Il est constaté dans cette étude une hétérogénéité des pratiques. Les différences inter et intra-centres sont visibles dans les prises en charges des suspicions de maltraitance, dans les modalités de réflexions pour les suites à donner, et sur la réalisation d'écrit. Un centre ne possède pas de médecin référent en maltraitance, induisant une prise en charge praticien dépendant des cas de suspicion de maltraitance. Malgré tout, le centre possédant un médecin référent en maltraitance se retrouve lui-même « isolé » au sein de son service du fait du manque de collégialité interdisciplinaire. Aux Etats-Unis, la « maltraitance » est reconnue comme une spécialité à part entière (65), ce qui n'est pas le cas en France. De

même il existe culturellement une certaine méfiance à l'égard de la standardisation des pratiques qui pourrait menacer l'autonomie et la subjectivité des praticiens (28). A contrario, en Amérique du Nord (Québec), une plus grande valorisation des pratiques depuis plus de 25 ans à donner lieu au développement de travaux documentant ainsi les problématiques de maltraitance, et de ce fait est plus propice au développement de la recherche dans le domaine avec un contrôle de qualité des services (28). En effet nos différences de pratiques régionales voire départementales sont un obstacle pour une visualisation objective et standardisée de la problématique de la maltraitance. Un outil statistique national observant non seulement les dispositifs de protection de l'enfance, mais surtout qui pourrait observer les enfants en danger en amont (c'est-à-dire avant les mesures prises) permettrait un repérage et des statistiques fiables dans ce domaine (31). Une telle surveillance épidémiologique serait une base pour le développement de la recherche (31).

9. Limites de l'étude

Cette étude a été réalisée sur 2 centres hospitaliers régionaux universitaires dans les services de pédiatrie. L'évocation d'une suspicion de maltraitance était émise lors d'une consultation aux urgences pédiatriques ou lors d'une hospitalisation, pour ce même motif ou autre. L'une des limites de cette étude réside dans le fait que le suivi complet des enfants n'était pas réalisé nécessairement dans ce même service. En effet, les enfants étant hospitalisés dans un contexte pédopsychiatrique (intoxication médicamenteuse volontaire, mal être, conflits intrafamiliaux...) étaient pour la plupart transférés pour la suite de la prise en charge dans les services de pédopsychiatrie. Hors, il s'avère que dans les 2 centres, les dossiers n'étaient pas communs avec ceux de la pédiatrie. Il se pourrait donc que des signalements/informations préoccupantes aient été réalisés dans les suites de cette hospitalisation sans que le service de pédiatrie en ai été avisé.

Il n'est pas pris en compte ici les différences culturelles et religieuses des médecins intervenants. La France est une république laïque et le fonctionnement de l'hôpital est organisé en tant que tel. Le contexte culturel général reste dans l'idée que la famille est « naturellement bonne », niant ainsi l'intérêt supérieur de l'enfant. Cette idée est un frein majeur à la reconnaissance de la maltraitance en France. Les pratiques sociales, voir même les décisions de justices sont inspirées de cette idéologie familialiste (14). Ainsi, l'idéologie

du lien familial entraîne le fait de vouloir maintenir un lien physique entre le parent et son enfant, parfois au détriment de l'évolution psychique de celui-ci (15). Il est prouvé que le maintien d'un enfant dans son milieu familial carencé aura des conséquences délétères à terme, alors que le développement de l'enfant sera au contraire plus favorable si celui-ci a été placé de manière précoce, dans le cas où le placement est inéluctable. De même, les placements se font dans l'espoir que l'enfant pourra être un jour restitué à sa famille (31). Ainsi, de manière générale, la famille est pensée comme le lieu idéal de l'éducation (62).

Une autre limite est le manque d'application pratique de cette étude. En effet, cette étude est réalisée sur seulement 2 centres hospitaliers. Déjà, il est constaté des hétérogénéités dans les prises en charges et des différences de pratiques. L'implication d'autres centres permettrait d'avoir une vision plus globale de la situation en ce qui concerne les prises en charges des situations de suspicion de maltraitance en France.

V. CONCLUSION

La maltraitance est aujourd'hui reconnue comme problème de santé publique majeure avec des conséquences sur la santé à long terme (physiques, psychologiques, troubles des conduites sociales...), et de ce fait un retentissement économique. La prévention de la maltraitance subie par les enfants passe par le repérage et le dépistage de ces situations. Une fois suspectée, la question du signalement demeure une difficulté pour les médecins prenant en charge ces patients. Le doute diagnostique, le manque de formation, et le magma juridique sont des freins pour une prise en charge optimale de ces patients. Diminuer la part de subjectivité et pouvoir élaborer une prise en charge standardisée pourrait être une piste pour l'amélioration des prises en charge, avec comme objectif une transmission pertinente de signalement aux autorités compétentes. La reconnaissance de la « maltraitance » comme surspécialité permettrait une amélioration des pratiques dans les hôpitaux, avec l'accès pour les patients à un médecin formé et compétent dans le domaine. Ainsi, cette équipe dédiée serait l'outil de liaison vers les autres structures, comme les unités médico-judiciaires, et apporterait ainsi un gage de qualité grâce à un travail en équipe pluridisciplinaire.

VI. BIBLIOGRAPHIE

- 1) Questions juridiques et thérapeutiques dans les prises en charge des situations de maltraitance infantile By: Emmanuel de Becker; Maité Beague. In: Psychothérapies. 2018, 38(1), p. 15-26.; Médecine & Hygiène, 2018
- 2) Agir contre la maltraitance -https://solidarites-sante.gouv.fr/.../2014_guide_juridique_
- 3) Prise de décision en cas de suspicion de maltraitements ou de négligences à enfant: Résultats de la recherche internationale : ONED In: Knorth , E J 2015 , Prise de décision en cas de suspicion de maltraitements ou de négligences à enfant : Résultats de la recherche internationale
- 4) Maltraitance enfant - Haute Autorité de Santé – HAS, octobre 2014, mise à jour juillet 2017
- 5) Comment et à qui, mais surtout pourquoi et quoi signaler ? By: Jean-Luc Duquesne. In: Empan. 2006, no 62(2), p. 76-83.
- 6) Article original: Réalités et représentations dans les situations de maltraitance à enfants By de Becker, E.. In Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2008
- 7) Suspicion de maltraitance à enfant : une situation périlleuse pour le médecin ? By Gignon, Maxime; Manaouil, Cécile; Verfaillie, Florent; Garnier, Céline; Paupière, Stéphanie; Jardé, Olivier. La Presse Médicale. 2009
- 8) Prise en charge de la maltraitance infantile par les médecins généralistes du Loiret Thèse pour le doctorat en médecine faculté de médecine Tours 14 octobre 2013
- 9) Recommandations HAS syndrome du bébé secoué, actualisation des recommandations de la commission d'audition de 2011, juillet 2017
- 10) Signalement : maltraitance ? By: Claire Neirinck. In: Empan. 2006, no 62(2), p. 28-33.

- 11) doctorat en médecine : signalement des suspicions de maltraitements envers les mineurs par les médecins généralistes (2014)
- 12) Abus, maltraitance et négligence : prévention et principes de prise en charge. By: Benarous, X.; Consoli, A.; Raffin, M.; Cohen, D. Neuropsychiatrie de l'enfance & de l'Adolescence. Sep 2014, Vol. 62 Issue 5, p313-325.
- 13) Maltraitance, signalement et impunité | Le Club de Mediapart, 2015
- 14) Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni By: Greco, C.. Ethics, Medicine and Public Health , January-March 2015, Vol. 1
- 15) Signaler, est-ce protéger ? By: Martine Leconte-Volpert; Paule Legendre; Janine Roy. 2006, no 62(2), p. 105-111.
- 16) Abus, maltraitance et négligence : épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques X.Benarous^aA.Consoli^aM.Raffin^aD.Cohen^{ab}, 2014
- 17) Proposition de loi sur le signalement des situations de maltraitance : consécration du principe d'irresponsabilité pour les professionnels de santé 2015
- 18) Le moment du signalement, le temps de la réflexion By: Caroline Mignot. In: Enfances & Psy. 2003, no 23(3), p. 30-36
- 19) La "judiciarisation" en actes :Le signalement d'enfant en danger By: Delphine Serre. In: Actes de la recherche en sciences sociales 136-137(1):70-82; nL: PERSEE, 2001
- 20) Contrepoint - Maltraitance envers les enfants : un drame largement sous-estimé By: Caroline Helfter. In: Informations sociales. 2010, 160(4), p. 123-123.
- 21) Maltraitance chez l'enfant : un mineur sur 10 By: Rey Salmon, C.; Adamsbaum, C.. Journal Européen des Urgences et de Réanimation , April 2015, Vol. 27 Issue: 1 p3-4, 2p.
- 22) Maltraitance des enfants – Perspective historique By: Jean Labbé. In: Santé, Société et Solidarité 8(1):17-25; nL: PERSEE, 2009.

- 23) Maltraitance aux enfants Grande Cause nationale ? By: M., J.-M.. In: Revue francophone des laboratoires. 2017(495):76-76; Netherlands: ELSEVIER SCIENCE B.V. AMSTERDAM, 2017.
- 24) Maltraitance physique de l'enfant : place de la scintigraphie osseuse By: Samson, F.; Njoya, M.; Samson, E.; Balencon, M.; Bernard, A. M.; Martrille, L.; Treguier, C.; Roussey, M.. In: ARCHIVES DE PEDIATRIE. 15(5):940-940; France: Elsevier Science B.V., Amsterdam., 2008.
- 25) Enfance maltraitée: à propos d'une enquête auprès des médecins des services des urgences de Lorraine Thèse By: Venner, Céline. [S.l.] : [s.n.]. 2002.
- 26) L'enfant en danger peut et doit être protégé à l'hôpital By: Hubert Ythier. In: Enfances & Psy. 2014, 60(3), p. 102-106.
- 27) La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ? By: Tursz, A.; Greco, C.. In: ARCHIVES DE PEDIATRIE. 19(7):680-683; France: Elsevier Science B.V., Amsterdam., 2012.
- 28) La violence et la maltraitance envers les enfants : un enjeu social et scientifique Claire Chamberland , Paul Durning Santé, Société et Solidarité Année 2009
- 29) Corrélats des enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur les abus sexuels d'enfants : résultats de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 By: L. Tonmyr; A. Gonzalez. In: Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, Vol 35, Iss 8/9, Pp 138-146 (2015); Agence de la santé publique du Canada, 2015.
- 30) Le syndrome de Tardieu. Maltraitance des enfants, médecine légale et psychiatrie au XIXe siècle By: Arveiller, J.. In: EVOLUTION PSYCHIATRIQUE. 76(2):219-243; Netherlands: ELSEVIER, 2011.
- 31) Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels Synthèse du rapport du comité de suivi du Colloque national sur les violences faites aux enfants, Dr Anne Tursz 2014

- 32) Questions juridiques et thérapeutiques dans les prises en charge des situations de maltraitance infantile By: AFIREM. In: Etats des savoirs sur la maltraitance. 2007, p. 560.
- 33) Décret du 16/03/1998 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitements In: Journal du droit des jeunes. 2005, 249(9), p. 41-41.
- 34) Enfants maltraités : la question du diagnostic By: Emmanuel de Becker. In: L'information psychiatrique. 2010, 86(3), p. 269-276.
- 35) La réforme de la protection de l'enfance : la loi du 5 mars 2007. Le malentendu ? By: Michèle Créoff. In: Enfances & Psy. 2014, 60(3), p. 59-65.
- 36) Quand penser à une maltraitance chez l'enfant de F BAGÈS-LIMOGES - 2011
- 37) L'équipe hospitalière face à l'enfant maltraité : questions éthiques By: Antoine Bourrillon. In: Laennec. 2008, 56(1), p. 45-52.
- 38) Signaler et après ? By: Jean-Louis Le Run; Antoine Leblanc; Françoise Sarny. 2005, p. 176
- 39) Mouvements affectifs et signalement By: Jean-Louis Le Run. In: Enfances & Psy. 2003, no 23(3), p. 37-44.
- 40) Prise en charge initiale des enfants victimes de mauvais traitements By Bader-Meunier, B; Nouyrigat, V. In EMC - Medecine. 2004
- 41) Comment la maltraitance intrafamiliale se répète-t-elle? By: de Becker, E. *Neuropsychiatrie de l'enfance & de l'Adolescence*. Aug2007, Vol. 55 Issue 4, p185-193.
- 42) Apport de la médecine légale à la protection de l'enfance : présentation d'un mode d'évaluation pluridisciplinaire. By: Hiquet, J.; Christin, E.; Dubourg, O.; Fougas, J.; Baup, C.; Brunet, G.; Millington, J.; Grosleron, N.; Gromb-Monnoyeur, S. *Archives de Pédiatrie*. Dec2016, Vol. 23 Issue 12, p1233-1239.
- 43) Pauvreté des familles et maltraitance à enfants <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2011-3->

44) Explorations complémentaires face à une situation d'enfant en danger : état des lieux des pratiques en France en 2015. By: Ledoyen, A.; Bresson, V.; Dubus, J.-C.; Tardieu, S.; Petit, P.; Chabrol, B.; Bosdure, E. Archives de Pédiatrie. Oct2016, Vol. 23 Issue 10, p1028-1039.

45) Les suites immédiates du signalement dans un service de pédiatrie
<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2003-3-page-24.htm>

46) Il est blessé, mais pourtant personne ne l'a touché !: les obstacles entravant le dépistage et le signalement de la maltraitance infantile par les infirmières : revue de la littérature 01/01/2015

47) Mandated training of professionals: A means for improving reporting of suspected child abuse By Reiniger, Anne; Robison, Esther; McHugh, Margaret. In *Child Abuse & Neglect*. 1995

48) Corrélats des enquêtes conjointes des services de protection de l'enfance et des services de police sur les abus sexuels d'enfants : résultats de l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008 By: L. Tonmyr; A. Gonzalez. In: Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, Vol 35, Iss 8/9, Pp 138-146 (2015); Agence de la santé publique du Canada, 2015

49) Recommandations pour la pratique clinique: Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur December 2011

50) Une haine qui masque un appel à être aimé: Les faux signalements de maltraitance. Chapellon, Sebastien; Revue Adolescence, Vol 33(2(92)), 2015 pp. 405-415

51) Sévices à mineur : modèle type de signalement - https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/.../modele_signalement_mineur.p..

52) Le secret professionnel et le signalement de la maltraitance sexuelle. L'option de conscience : un choix éthique By: Bruno Py. In: Archives de politique criminelle. 2012, 34(1), p. 71-83.

53) Quels sont les éléments cliniques, relationnels et contextuels intervenant dans la prise de décision de recueil d'information préoccupante ou de signalement judiciaire pour les situations de maltraitance de l'enfant ? Entretiens de praticiens hospitaliers concernés dans le département du Finistère Thèse 2017

54) Examen d'analyses récentes portant sur l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (ECI) In: Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada, Vol 35, Iss 8/9, Pp 125-137 (2015)

55) Test de faisabilité et premiers éléments de validation psychométrique du Référentiel d'évaluation de l'enfance en danger (REED). By: Vandevoorde, J.; Laurens, C.; Bailo, F.; Fleurance, D.; Anezo-Boucher, M.; Malavolti, V. Neuropsychiatrie de l'enfance & de l'Adolescence. Mar2016

56) La pensée maltraitée By: Fanny Delon. In: Empan. 2006, no 62(2), p. 57-64.

57) Difficultés et blocages By: Mireille Nathanson; Barbara Tisseron. In: Enfances & Psy. 2003, no 23(3), p. 67-73.

58) Du signalement à la prise en charge, quel est le rôle de l'Aide Sociale à l'enfance? B.Samson, Elsevier masson 2009

59) Maltraitance et enfant en danger www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/15.%20MALTRAITANCE%203-37.pdf

60) Plan interministeriel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019

61) Aspects juridiques du signalement | Cairn.info <https://www.cairn.info/revue-empan-2006-2-page-12.htm>

62) Le signalement : parcours et obstacles Michel Chapponnais Cairn.info 2006

63) Association hémorragie cérébrales et rétiniennes chez 2 enfants : ne pas conclure trop vite au diagnostic d'enfant secoué A.Botte, A.Mars, B.Wibaut, S. De Foort-Dhellemmes, M.Vinchon, F.Leclerc Elsevier Masson 2011

64) Protection de l'enfance : connaissance et place des médecins généralistes en Ile-et-Vilaine _ ECM, septembre 2015

65) Evaluation des connaissances et de pratiques des pédiatres de Bretagne concernant la protection de l'enfance_ ECM 2017

RESUME

Introduction : La maltraitance est un problème de santé publique majeure. La prévalence est estimée à 10% dans les pays à haut revenus. Bien que la définition soit claire, il existe des difficultés de repérage et de signalement des enfants suspectés victimes de maltraitance. Le signalement est à ce jour encadré par la loi. L'objectif de notre étude est de pouvoir évaluer les difficultés des médecins pédiatres hospitaliers quant au fait de devoir signaler un cas suspect de maltraitance.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude bi-centrique (CHRU de Caen et Nancy), qualitative, rétrospective sur la période de novembre 2017 à novembre 2018, chez les enfants suspectés victimes de maltraitance de 0 à 18 ans. La première partie visait à recueillir les éléments de prise en charge des enfants suspectés victimes de maltraitements grâce à une étude des dossiers des enfants suspectés victimes de maltraitements. La deuxième partie visait à recueillir les difficultés des médecins face à des situations de maltraitements et à la prise de décision du signalement grâce à un questionnaire.

Résultats : Il a été étudié 198 dossiers d'enfants suspectés victimes de maltraitance sur les 2 centres. Les résultats sont divisés en 3 catégories : prise en charge ayant abouti à un signalement (65 dossiers), prise en charge ayant abouti à la réalisation d'une information préoccupante (35 dossiers), prise en charge n'ayant abouti ni à un signalement ni à la réalisation d'une information préoccupante (98 dossiers). Les résultats montrent qu'il est impossible de catégoriser les raisons ayant amené à l'élaboration d'un signalement ou non. Les prises en charges sont hétérogènes et subjectives intra et inter-centres. Le questionnaire met en évidence le fait que les cliniciens déplorent un manque de formation, un manque de collégialité, un manque de lien avec la justice et une perte de confiance dans le système de protection de l'enfance, ou des conséquences données suite au signalement. Ces raisons sont un frein quant au fait de signaler.

Discussion : Le problème de formation des praticiens face à la maltraitance et aux modalités de signalement sont un obstacle à la bonne prise en charge des enfants suspectés victimes de maltraitance. La culture du secret professionnel et le manque d'information sur la loi qui encadre le signalement crée des amalgames faisant obstacle aux bonnes pratiques. Il n'existe pas à ce jour de lien systématique avec le service de médecine légale. Un travail de liaison entre le service de pédiatrie et de médecine légale permettrait une prise en charge globale grâce à une collégialité pluridisciplinaire, ainsi qu'une simplification des prises en charge en réunissant une unité de temps et de lieu. Les prises en charges pour les enfants suspectés victimes de maltraitements et pour qui il n'a pas été réalisé ni de signalement ni d'information préoccupante sont hétérogènes et subjectives. Il n'y a pas d'hospitalisation systématique. La maltraitance n'est pas reconnue comme une surspécialité à ce jour favorisant l'hétérogénéité sur le territoire. Il n'existe également pas de chiffres fiables sur la problématique de la maltraitance et les signalements réalisés. Un retour épidémiologique de cette problématique pourrait permettre dans un premier temps d'évaluer nos prises en charge et dans un second temps de développer la recherche dans ce domaine.

Conclusion : Une harmonisation des pratiques sur la prise en charge des enfants suspectés victimes de maltraitements s'avère nécessaire. Le travail d'un médecin référent dans le domaine de la maltraitance pourrait pallier aux manques de connaissance des autres praticiens, et ainsi réaliser le travail de liaison nécessaire avec les services concernés. Des équipes dédiées, avec un temps dédié à la prise en charge de ces enfants permettrait une prise en charge globale et adaptée, tout en favorisant la recherche dans ce domaine.

TITRE EN ANGLAIS : Modalities and difficulties in reporting pediatricians to Nancy and Caen UHcs for suspected child maltreatment.

Mots clés : maltraitance, enfant, signalement, obstacles.

THESE : MEDECINE SPECIALITE PEDIATRIE année 2019

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
