http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Année 2023 - N° 058

FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE INTRAFAMILIALE

Etude cas-témoin dans la Drôme des collines en 2021

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **9 mai 2023**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Adeline STOCKER née le 22 avril 1994 à Mulhouse

Et

Lola DUQUESNE née le 22 novembre 1994 à Lyon

Sous la direction de **Monsieur le Professeur Thierry FARGE**

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Adeline STOCKER et Lola DUQUESNE

Facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale
Etude cas-témoins dans la Drôme des collines en 2021

Résumé : Les violences commises envers les enfants dans le milieu intrafamilial sont bien souvent difficiles à repérer tant leurs modes d'expression sont variés. Il est essentiel d'alerter au plus tôt les acteurs de la protection de l'enfance afin d'en limiter les tragiques répercussions. Le médecin généraliste peut jouer un rôle important dans le dépistage et une meilleure connaissance des contextes à risque de maltraitance infantile permettrait d'améliorer son repérage. L'objectif principal de ce travail était d'étudier si, dans la population vivant dans la Drôme des collines en 2021, les facteurs de risque décrits dans la littérature étaient réellement associés à un risque de danger ou à un danger pour l'enfant. L'objectif secondaire était de décrire la population concernée par une information préoccupante (IP) en 2021 dans la Drôme des collines et de préciser les caractéristiques des émetteurs de ces IP.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude cas-témoins parmi une population d'enfants de la Drôme des collines ayant eu une information préoccupante entre janvier et juillet 2021. Les cas concernaient les enfants pour lesquels un danger ou un risque de danger était mis en évidence lors de l'évaluation médico-sociale. Les témoins étaient ceux pour lesquels il n'était pas montré de risque.

Conclusion : L'étude a comptabilisé 171 familles comprenant 311 enfants. La violence psychologique (69% des enfants) et la négligence (45%) étaient les types de maltraitance le plus fréquemment rapportés par les informations préoccupantes, suivis par la violence physique et enfin sexuelle. Les facteurs de risque ressortis clairement significatifs dans notre étude étaient les suivants : les conflits et/ou la séparation au sein du couple, l'isolement social, la monoparentalité, le faible statut socio-économique, les troubles du comportement et/ou des apprentissages et les antécédents de violence dans la fratrie. L'éducation nationale (35%) et les acteurs de santé (27%) représentaient la majorité des émetteurs de ces informations préoccupantes. Néanmoins, une seule IP a été émise par un médecin généraliste.

Mots-clés : maltraitance infantile, violence, facteurs de risque, intrafamilial, information préoccupante, protection de l'enfance.

Jury :
Président : Monsieur le Professeur Laurent FANTON
Membres : Madame la Professeure émérite Liliane DALIGAND
Monsieur le Professeur associé Thierry FARGE
Madame Marie-Pierre DUBOEUF-ROUSSEL

Date de soutenance : Mardi 9 mai 2023

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean-François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles	Philippe PAPAREL MERIEUX
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques	Claude DUSSART (ISPB)
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation	Jacques LUAUTÉ (ISTR)
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Sciences Financières & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de médecine Lyon-Est

Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale
CHASSARD	Dominique	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	Pierre	Immunologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	Philippe	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	Laurent	Réanimation – Médecine intensive
BADET	Lionel	Urologie
BERTRAND	Yves	Pédiatrie
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

COTTIN	Vincent	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DI FILIPPO	Sylvie	Cardiologie
DUMONTET	Charles	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	Isabelle	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
EDERY	Charles Patrick	Génétique
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	Caroline	Physiologie
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie
JULLIEN	Denis	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERTENS	Patrick	Anatomie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	Laurent	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Éric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	Fréderic	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	Gamze Yesim	Hématologie - Transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL COINGBOYAT	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie - Réanimation – Médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	Gil	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

DUBOURG	Laurence	Physiologie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
KROLAK-SALMON	Pierre	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	Herve	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	Philippe	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NICOLINO	Marc	Pédiatrie
PERETTI	Noël	Nutrition
PICOT	Stéphane	Parasitologie et mycologie
PONCET	Gilles	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	Gerald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
ROSSETTI	Yves	Physiologie
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	Mohamed	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

WATTEL	Éric	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUVET	Lionel	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CHARRIERE	Sybil	Nutrition
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCRAY	François	Neurologie
DURUISSEAUX	Michael	Pneumologie - Addictologie
EKER	Omer	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HARBAOUI	Brahim	Cardiologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
LESCA	Gaétan	Génétique
LOPEZ	Jonathan	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZNOGRETTE	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	Serge	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	Pierre	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	Helene	Cardiologie

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

VENET	Fabienne	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	Claire	Neurochirurgie

Professeur des universités
Classe exceptionnelle 1

PERRU	Olivier	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	Laurent

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINE	Xavier
PIGACHE	Christophe

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	Aram	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	Catherine	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	Grégoire	Immunologie
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	Marie-Nathalie	Immunologie
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PLOTTON	Ingrid	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	Pierre	Cytologie et histologie

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Éric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	Fréderic	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	Vanessa	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	Julie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	Timothée	Anatomie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	Florent	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	Laurent	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	Aurore	Chirurgie infantile
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	Laurianne	Pédiatrie
DOREY	Jean-Michel	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	Damien	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	Fréderic	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	Alice	Immunologie
LACOIN REYNAUD	Quitterie	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	Marc	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	Huu Kim	Pédiatrie
PASQUER	Arnaud	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire
VILLANI	Axel	Dermatologie - Vénéréologie

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Maîtres de conférences
Hors classe

GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
LAMORT-BOUCHE	Marion

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	Alexandre
DE LA POIX DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
ZORZI	Fréderic

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	Hubert	Médecine physique et de réadaptation

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	Daniel	Pédiatrie
GHARIB	Claude	Physiologie
GUERIN	Claude	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	Jean-François	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie vasculaire

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	Mauricette	Hématologie - Transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEGRIER	Claude	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	Marie-Sylvie	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	Michel	Endocrinologie et maladies métaboliques
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
TOURAINE	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et Histologie

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Laurent FANTON

Professeur universitaire à la Faculté de Médecine de Lyon Est et chef du service de médecine légale à l'hôpital Edouard Herriot à Lyon

Membres assesseurs :

Madame la **Professeure Liliane DALIGAND**

Professeure émérite de médecine légale et de droit de la santé à la Faculté de Médecine de Lyon Est

Monsieur le **Professeur Thierry FARGE**, directeur de thèse

Professeur associé de médecine générale à la Faculté de Médecine de Lyon Est et médecin généraliste installé à Châteauneuf-de-Galaure

Membre invité :

Madame Marie-Pierre DUBOEUF-ROUSSEL

Cheffe de service de la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) de la Drôme

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le Serment d'Hippocrate

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Remerciements

***A Monsieur le Professeur Laurent FANTON**, vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et nous vous en sommes profondément reconnaissantes ;*

***A Monsieur le Professeur Thierry FARGE**, nous vous remercions pour votre intérêt immédiat et vos précieux conseils durant l'encadrement de cette thèse, soyez assuré de notre plus sincère gratitude ;*

***A Madame la Professeur Liliane DALIGAND**, nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Vos compétences en médecine légale et en psychiatrie ne pourront qu'enrichir l'évaluation de ce travail ;*

***A Madame Marie-Pierre DUBOEUF-ROUSSEL**, merci pour votre participation à notre jury. Nos nombreux échanges tout au long de ce travail nous ont été d'une aide précieuse. Nous vous témoignons notre plus profond respect.*

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Remerciements de Lola

A mes chers parents, merci pour votre soutien indéfectible et votre amour inconditionnel. Vous êtes le plus bel exemple de réussite et d'accomplissement à mes yeux et je ne vous remercierai jamais assez pour tous vos précieux conseils. Merci de m'avoir transmis de magnifiques valeurs, une curiosité à toute épreuve, ce goût du voyage et de la liberté si prononcé, et cette amour profond de la littérature, de l'art et de la culture. La vie a toujours été si belle à vos côtés.

A Inès, ma jumelle, mon essentiel, merci d'être là et d'exister, mon amour pour toi est infini. Ta présence à mes côtés est le plus beau cadeau que la vie m'ait fait. Les mots me manquent pour exprimer à quel point je t'aime et je tiens à toi.

A Margaux, Maud et Guillaume, quelle que soit la distance qui nous sépare, notre fratrie reste soudée. Vous êtes une source d'inspiration à mes yeux et votre soutien me touche énormément. Merci pour votre amour si profond et sincère.

A Sophie, ma belle-sœur, merci pour ton aide si précieuse dans la relecture de ce travail (et des autres), je t'en serai éternellement reconnaissante.

A Maureen, merci d'avoir été présente dès le début de ce parcours. Ton soutien inéluctable m'aura permis de passer de merveilleuses années à tes côtés, dans les moments de joie comme dans ceux plus difficiles. Je suis admirative de ce que tu es devenue. Tu es l'une de mes plus fidèles amies, nous avons vécu tant de choses ensemble et j'espère que ce n'est que le début.

A Alison, merci pour ces magnifiques années d'amitié sincère à tes côtés. Bientôt dix années de joie et de bonheur ensemble, de fous rires, de pensées et de connexions à distance. Nous serons toujours intimement liées et je suis si heureuse de te compter parmi mes amies les plus proches.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

A Elisa, merci pour ces six mois de colocation à la frontière suisse, quelle magnifique rencontre. Les moments passés à tes cotés sont toujours aussi agréables.

A mes loyaux ami(e)s, Anaïs, Faustine, Jose, Quentin, et à ceux que j'oublie, merci d'être présents depuis toutes ces années. Merci pour tous nos moments partagés, vous avez rendu ma vie plus douce.

A mes collègues de médecine légale, merci pour cette superbe année passée à vos côtés**. Et à mes co-internes** d'ici et d'ailleurs, merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

Au Docteur Humbert DE FREMINVILLE, maître de conférences associé de médecine générale, expert et chercheur. Je suis infiniment reconnaissante de t'avoir eu comme tuteur dès le début de mon internat, puis finalement comme mentor tout au long de mon cursus. Notre passion commune pour la médecine légale nous a profondément réunis et nous a permis d'entreprendre de magnifiques projets ensemble. Merci de m'avoir permis de réaliser cette FST (Formation Spécialisée Transversale) d'expertise, projet qui me tenait tant à cœur. Merci pour ton accompagnement et pour ton soutien sans faille.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Remerciements d'Adeline

Puisque c'est maintenant la fin d'un long parcours, j'aimerais remercier tous ceux qui m'ont tant appris au cours du chemin des études. Sur les dix dernières années, ils sont nombreux à m'avoir transmis tant leur savoir-faire que leur savoir-être. Merci à ceux qui ont participé à ma formation, que ce soit à Strasbourg, à Lyon ou dans la Drôme. Vous m'avez chacun apporté une pierre pour me permettre de devenir le médecin généraliste que je suis aujourd'hui, toujours en chemin pour apprendre à soigner au mieux chacun.

Merci à **mes parents**, vous me soutenez depuis toujours dans ce que j'entreprends. Vous m'avez porté et encouragé dans la voie de la médecine. Je n'ai manqué de rien avec vous et je vous en suis reconnaissante. Vous m'avez donné une enfance heureuse où la violence était bannie et où nous avons pu nous construire mon frère, ma sœur et moi. Vous êtes un exemple d'amour pour moi. Et si cet amour, je le redistribue moi-même aujourd'hui, c'est beaucoup grâce à vous.

Chloé, ma sœur, même si ces études nous ont séparées géographiquement, il est évident que tu restes toujours aussi proche dans mon cœur. Le soutien réciproque que nous nous sommes apportées depuis notre enfance s'est prolongé dans nos études. Je me réjouis d'échanger nos expériences sur le monde de la santé qui, parmi tant d'autres choses, nous réunit…

Merci **Emilien**, mon frère, d'avoir toujours aimé prendre soin de moi. Toi-même, à l'image de nos parents, et avec **Clémentine**, tu prends soin de ton fils aujourd'hui et je ne doute pas qu'il sera heureux comme nous l'avons été.

Maxence, mon chéri, tu m'accompagnes depuis le début de ce travail et tu m'as promis de m'accompagner pour bien plus longtemps. Merci pour ton amour. Ensemble nous regardons vers le futur afin de construire nous aussi un foyer où il fait bon vivre.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS 21

INTRODUCTION 23

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DE LA MALTRAITANCE INFANTILE 25

A. DEFINITIONS 25

1. La maltraitance 25

2. La violence 26

B. EPIDEMIOLOGIE 27

1. La maltraitance : des données difficiles à obtenir 27

2. Les homicides : avant tout les jeunes enfants 29

C. LES CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE 30

1. Le retentissement psychologique 31

2. Le retentissement physique 33

3. Le risque de trouble des conduites sociales 33

4. Le retentissement cognitif 34

5. Le décès 35

D. LES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE 35

1. Facteurs liés à l'enfant 37

a) L'âge 37

b) Le sexe 37

c) Le handicap physique ou mental 38

d) Les troubles du comportement et des apprentissages 38

e) La séparation précoce 39

f) La prématurité 39

2. Facteurs liés aux parents 39

a) La carence éducative 39

b) Les troubles psychopathologiques 40

c) Le faible statut socio-économique 41

d) L'usage d'alcool et/ou de drogues 42

e) Les antécédents de violence dans l'enfance 42

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

f) Le jeune âge parental 43
3. Facteurs liés à la famille 43
a) La monoparentalité 43
b) Les familles recomposées 43
c) Les familles nombreuses 44
d) Les conflits et séparations dans le couple 44
e) La violence conjugale 44
f) Les antécédents de violence dans la fratrie 46
g) L'isolement social 47
4. Facteurs de risque sociétaux 47
a) Les guerres et conflits politiques 47
b) La migration 48
c) Le quartier d'habitation 48
d) Les réseaux sociaux 48
E. LA PROTECTION DE L'ENFANCE 49
1. Législation 49
2. Les réformes de la protection de l'enfance 50
a) Loi du 5 mars 2007 50
b) Loi du 16 mars 2016 51
c) Loi du 7 février 2022 53
F. PREVENTION DE LA MALTRAITANCE 54
1. Un sous diagnostic des médecins 54
2. Des pistes de prévention 55
3. Un projet innovant dans la Drôme 55

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE INFANTILE DANS LA POPULATION DROMOISE 57

A. HYPOTHESE ET OBJECTIF 57
B. MATERIEL ET METHODE 57
1. Type d'étude 57
2. Critères d'inclusions 58
3. Spécificité de la protection de l'enfance dans la Drôme 58

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. Méthode d'intervention 59
5. Méthode statistique 59
6. Réglementation 60
C. RESULTATS 60
1. Diagramme de flux 60
2. Analyse descriptive de la population 61
a) Nombre d'enfants et de familles 61
b) Répartition selon le type de violence suspectée par l'IP 62
c) Répartition des facteurs de risque selon l'âge et le sexe 62
d) Répartition globale des facteurs de risque 63
e) Répartition selon le type d'émetteur de l'IP 65
f) Répartition selon le type de mesure préconisée par la CRIP chez les cas 66
3. Statistiques analytiques 67
D. DISCUSSION 68
1. Forces et faiblesses de l'étude 68
2. Discussion des résultats 69
3. Limites des évaluations médico-sociales 74
4. Emetteurs des informations préoccupantes 76
5. Contexte particulier post COVID-19 77
6. Perspectives d'avenir 78
CONCLUSION 79
BIBLIOGRAPHIE 83
ANNEXES 92

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Liste des abréviations

AED	Assistance Educative à Domicile
AEMO	Assistance Educative en Milieu Ouvert
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAMESOP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CépiDC	Centre d'épidémiologie Des Causes médicales de décès
CIDE	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMS	Centre Médico-Social
CRIP	Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes
CSP	Code de la Santé Publique
DITEP	Dispositif Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
DSM	Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux *(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*
FDR	Facteur De Risque
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IP	Information Préoccupante
ITEP	Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
MJIE	Mesure Judiciaire d'Investigation Educative
ODAS	Observatoire national du Développement et de l'Action Sociale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONED	Observatoire National de l'Enfance en Danger
ONPE	Observatoire National de Protection de l'Enfance
ONU	Organisation des Nations Unies
OR	Odds Ratio
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PPE	Projet Pour l'Enfant
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SAPMF	Service d'Accompagnement Progressif en Milieu Familial
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SNATED	Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger
TDAH	Trouble du Déficit et de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
TSPT	Trouble de Stress Post-Traumatique

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

"Ce qui enchante un enfant, c'est le bonheur dans lequel il baigne,

si vous souhaitez son bien-être, travaillez à vous rendre heureux."

Boris Cyrulnik

"Un enfant blessé dans son intégrité ne cesse pas d'aimer ses parents,

il cesse de s'aimer lui-même."

Jesper Juul

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

La maltraitance infantile est un fléau sociétal aux conséquences absolument épouvantables sur le développement de l'enfant et sur son avenir. Les répercussions sont nombreuses et impactent une multitude de domaines, tels que la santé mentale, physique, l'état de santé général, les comorbidités, les capacités cognitives et relationnelles, etc. Cette liste est malheureusement bien trop longue et il est donc primordial d'améliorer le repérage précoce de ces violences afin de pouvoir en protéger l'enfant le plus tôt possible.

En France, en 2015, 7,5 % des plus de 20 ans déclaraient avoir subi au moins une violence physique avant l'âge de 18 ans dans un cadre familial ou dans l'environnement proche (enquête Virage). (1) A l'échelle mondiale, il y aurait un milliard d'enfants par an victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques. (2) Un enfant est tué par l'un de ses parents tous les cinq jours ; et ce constat déjà accablant est sous-estimé, puisqu'il persiste encore un nombre non négligeable de situations non répertoriées ou passées sous silence : le « chiffre noir ». (3)

Ces enfants sont prisonniers des violences intrafamiliales dont ils sont victimes, car ils ne sont parfois pas capables de les identifier comme étant anormales, n'ayant pas de point de comparaison, mais également car ils peuvent être confrontés au conflit de loyauté et à la culpabilité de livrer les auteurs, c'est-à-dire le plus souvent leurs parents. Enfin, l'enfant encore trop jeune et trop vulnérable n'aura pas la possibilité de prévenir pour tenter de se soustraire à cet environnement familial nocif.

Parmi les principales lois réformant la protection de l'enfance, celle du 5 mars 2007 a permis une avancée majeure en intensifiant la prévention grâce à l'introduction du « risque de danger », notion plus large qui permet de cibler une population d'enfants plus importante. (4) La création de la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP), centralisant le recueil et traitement des informations préoccupantes (IP), avait pour objectif de rendre les procédures d'alerte plus simples et accessibles, notamment aux professionnels de santé. De même, l'autorisation du partage d'informations entre personnes soumises au secret professionnel devait permettre le décloisonnement entre les disciplines et les institutions.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Mais malgré cela, les difficultés pour repérer et signaler les situations suspectes persistent. Selon l'Ordre des médecins, seulement 5% des signalements proviennent des médecins. (5) Pourtant les médecins généralistes occupent une place privilégiée dans l'accompagnement et le soutien parental, ainsi que dans le suivi régulier des enfants. Acteurs de première ligne, ils peuvent jouer un rôle capital dans le dépistage précoce de la maltraitance infantile intrafamiliale. Il n'existe à ce jour aucun outil de repérage validé, bien que certaines études aient abouti à des ébauches, comme la méta-analyse du Dr Rebeyrotte. (6)

Améliorer nos connaissances sur ce sujet nous parait essentiel pour devenir plus efficients dans le repérage des situations à risque de maltraitance infantile et ainsi tenter d'en limiter les répercussions. Nous avons donc choisi de réaliser une étude cas-témoins afin d'étudier la présence des facteurs de risque de maltraitance infantile, déjà retrouvés dans la littérature, dans une population d'enfants ayant bénéficiés d'une information préoccupante entre janvier et juillet 2021 sur le territoire de la Drôme des collines. L'objectif principal consistait à vérifier quels facteurs étaient réellement associés à un risque de danger ou à un danger pour l'enfant dans la population drômoise. Dans un second temps, nous voulions décrire la population d'enfants concernés et préciser les caractéristiques des émetteurs des informations préoccupantes.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

PREMIERE PARTIE : Etat des lieux de la maltraitance infantile

A. Définitions

1. La maltraitance

En 1989, l'article 19 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) établie par **l'Organisation des Nations Unies** (ONU) définit les violences envers les enfants comme « toutes formes de violence, d'atteinte, de brutalité physique ou mentale, d'abandon, de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, faites à l'encontre d'un enfant pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». (7)

En 1999, **l'Organisation Mondiale de la Santé** (OMS) propose une définition de la maltraitance infantile large et reconnue internationalement : « toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé des enfants, leur survie, leur développement ou leur dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ». (8)

La protection judiciaire des enfants est organisée par **l'article 375 et les suivants du Code Civil**, qui définit la maltraitance par « le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants, sur le plan de la santé, de la sécurité, de la moralité, de l'éducation, du développement physique, affectif, intellectuel et social ». (9)

Dans son rapport, l'OMS rappelle également que la **culture** joue un rôle important dans cette définition notamment sur la distinction entre maltraitances et châtiments corporels assimilés aux « violences éducatives ordinaires ». Il est relativement difficile de déterminer un seuil pour lequel une punition corporelle serait acceptable car la frontière avec la violence est mince. Les stratégies d'éducation positive, axées sur le dialogue entre l'enfant et le parent sont à privilégier. (8)

L'Observatoire national du Développement et de l'Action Sociale (ODAS) a clarifié la notion « **d'enfant en danger** », qui regroupe tous les enfants dont la situation justifie une intervention administrative ou judiciaire. Elle distingue maintenant deux grandes catégories :

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

- **L'enfant maltraité** est l'enfant « victime de violences physiques, de cruauté mentale, d'abus sexuels, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » ;
- **L'enfant en risque de danger** est celui qui « connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité. » (4) C'est un enfant vivant dans un environnement suffisamment dangereux pour nécessiter une intervention, dans le but de prévenir d'éventuelles conséquences.

Au début des années 2000, on remarque que le nombre de signalements d'enfants maltraités est relativement stable, alors que celui d'enfants en risque est en constante augmentation. Cette notion d'enfant en danger permet d'élargir la définition de la maltraitance, et ainsi d'en renforcer la prévention. Elle sera à l'origine de la **loi du 5 mars 2007** relative à la protection de l'enfance, qui définit la maltraitance comme une « négation des besoins fondamentaux de l'enfant ». La notion de danger prime désormais sur celle de la maltraitance. (10)

2. La violence

L'OMS distingue 4 types de violence à l'encontre des enfants. (11)

La violence physique se définit par l'usage intentionnel de la force physique à l'origine d'un préjudice réel pour la santé, la survie, le développement ou la dignité de l'enfant. Elle comprend par exemple les actes qui consistent à frapper, battre, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures, faire suffoquer etc. Elle est responsable de lésions tégumentaires (ecchymoses, hématomes, brûlures, plaies…) et organiques (fractures, hématomes cérébraux…).

La violence psychologique regroupe aussi bien le fait d'incidents isolés que l'échec de l'un des parents à fournir un environnement favorable au développement de l'enfant. Il peut s'agir de restrictions de mouvement, de propos accusateurs, menaçants, effrayants, discriminatoires ou humiliants et d'autres formes de rejet ou d'humiliation. L'enfant est exposé de manière répétée à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'intégration psychologique. Ces violences risquent d'entraîner des préjudices graves et durablement néfastes sur la santé mentale de l'enfant, son développement physique, spirituel, moral ou social. (4) Les violences conjugales se retrouvent au sein de cette catégorie, puisqu'il est désormais clairement établi qu'elles constituent une forme de maltraitance psychologique de l'enfant. (12)

La négligence, privation ou défaut de soins renvoie au fait qu'un parent ne veille pas au bon développement de l'enfant. Les défaillances, intentionnelles ou par omission, concernent les besoins de base de l'enfant : physiques, psycho-affectifs, éducatifs ou relatifs à ses conditions de vie. Cette négligence peut porter sur l'alimentation, le rythme de sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité, etc. Elle ne doit pas être assimilée à la pauvreté, bien qu'elle puisse en être un facteur aggravant. (13)

La violence sexuelle est le fait de forcer ou d'inciter un enfant à prendre part à une activité sexuelle, avec ou sans contact physique, et/ou de l'exploiter sexuellement afin d'en retirer un plaisir sexuel. Elle sous-entend la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut pas consentir ou qui viole les lois et les tabous de la société (viol, inceste, atteinte à la pudeur, pédopornographie...). (13)

B. Epidémiologie

1. La maltraitance : des données difficiles à obtenir

La prévalence de la maltraitance infantile est très difficile à évaluer précisément, tant à l'échelle nationale que mondiale. Le recueil de données peut se faire par différents outils et est très hétérogène selon les pays. Il existe une **sous-évaluation de la maltraitance infantile** dont les causes sont variées : la dissimulation de la part des auteurs, l'insuffisance des investigations, le manque de connaissance des signes cliniques évocateurs, la non révélation des soupçons à l'autorité requérante, etc. (14)

Un milliard d'enfants dans le monde auraient été confrontés à des violences physiques, sexuelles ou psychologiques au cours de l'année 2016, soit plus de la moitié de tous les enfants âgés de 2 à 17 ans. D'après des études internationales, un quart des adultes

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

aurait subi des violences physiques dans leur enfance, une femme sur cinq et un homme sur treize auraient déclarés avoir été victimes de violences sexuelles dans leur enfance. (2)

Plusieurs études réalisées dans des **pays à haut niveau de revenus** et publiées dans le journal *The Lancet* en 2009, ont estimé que **10% des enfants** étaient probablement victimes de maltraitance dans ces pays. (15) Dans un recueil réalisé par les agences de la protection de l'enfance en Angleterre, aux États-Unis, en Australie, au Canada et en France, on retrouve une situation de maltraitance chez **1,5 à 5% des enfants**. (16) Par ailleurs, plus de **80%** des enfants maltraités le sont **par leurs parents** ou responsables légaux, situation où la maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité. (13,15,16)

Deux **méthodes** permettent d'évaluer la prévalence de la maltraitance infantile. La première se base sur des données « officielles » recueillies par les professionnels qui interviennent auprès des enfants et via des lieux d'information comme la plateforme téléphonique du 119-SNATED (Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger). La deuxième se base sur des études de victimisation faites avec des auto-questionnaires recherchant des comportements maltraitants, mais pouvant être minimisés notamment en cas d'abus sexuels. Il existe une variabilité importante des résultats entre ces deux méthodes. (16)

Suite à la loi du 2 janvier 2004, de nombreux rapports publics ont souligné les lacunes concernant les connaissances et les chiffres sur la maltraitance infantile. C'est ainsi qu'est né l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), qui deviendra ensuite **l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance** (ONPE). Il fait partie du deuxième service du Groupement d'Intérêt Public (GIP) Enfance en danger, aux côtés du 119-SNATED. (17)

Le **SNATED** est une plateforme de recueil de données concernant les enfants en danger, accessible soit via le numéro national d'urgence le 119, soit par formulaire ou tchat. Il participe notamment à la transmission des informations préoccupantes à la cellule de recueil des informations préoccupantes. Son bilan de l'année 2021 présente près de 43 000 sollicitations traitées, chiffre en constante augmentation, ayant abouties à **22 224 informations préoccupantes**. Là encore, dans 8 cas sur 10, l'auteur présumé est l'un des deux parents. Concernant les violences, au moins deux types de dangers sont évoqués pour 41%

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

des enfants : les violences psychologiques prédominent, suivies des négligences et des violences physiques. (18)

Le rapport de l'ONPE sur les chiffres de l'année 2020 montre qu'il existe une diminution de 1,5% des mineurs suivis en protection de l'enfant par rapport à 2019, mais une hausse de 30% des majeurs (18 à 21 ans) pouvant s'expliquer par la fragilité du marché de l'emploi. Enfin, il y a eu une diminution de 9% par rapport à 2019 de la saisine du juge des enfants, ce qui contraste avec l'accroissement régulier de ce chiffre entre 2007 et 2019. La crise sanitaire pourrait avoir eu des conséquences sur le fonctionnement du dispositif de protection de l'enfance et le repérage des situations de danger et avoir ainsi impacté cette tendance. (19)

2. Les homicides : avant tout les jeunes enfants

Tout comme les chiffres de la maltraitance infantile, ceux des infanticides sont sous-évalués. C'est le constat frappant fait par une étude menée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (l'INSERM) qui a étudié les taux d'homicides de nourrissons de moins d'un an sur la période 1996-2000 et qui a retrouvé un taux de 17 cas par an recensés dans les statistiques officielles de mortalité au niveau national (CépiDc : Centre d'épidémiologie Des Causes médicales de décès), contre 255 cas, soit quinze fois plus, après correction par une enquête hospitalière. Cette différence pourrait en partie s'expliquer par un manque d'investigations. (5)

Chaque année, dans le monde, environ 41 000 enfants de moins de 15 ans seraient victimes d'homicides. (20) En France, en 2020, il y a eu 89 mineurs victimes d'infanticides dont 49 dans le cadre intrafamilial (contre 53 en 2019), avec **trois quarts des enfants âgés de moins de 5 ans lors du décès**. (19)

Une autre enquête, réalisée par l'ensemble des juridictions de France sur les meurtres d'enfants commis en milieu intrafamilial entre 2012 et 2016, a conclu à l'absence de recensement précis du nombre d'homicides d'enfants en lien avec des violences intrafamiliales avant les premiers travaux du ministère de l'intérieur en 2016. (3) Après un rassemblement de données, il est estimé **qu'un enfant est tué par l'un de ses parents tous les cinq jours, soit 72 homicides d'enfants par leurs parents chaque année**. Et ce chiffre ne

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

tient pas compte du « chiffre noir » que sont les meurtres non repérés de nouveau-nés tués à la naissance et/ou victimes du syndrome du bébé secoué dissimulés sous le couvert d'accident ou de mort subite du nourrisson. Dans l'étude, plus de la moitié des enfants présentaient ce syndrome. Les parents étaient de tous âges, avec une minorité de parents très jeunes.

C. Les conséquences de la maltraitance

En 2006, l'OMS reconnaît la maltraitance infantile comme un **problème majeur de santé publique**, tant les répercussions sur le développement et l'avenir de l'enfant sont graves. A long terme, elle entraîne, un mauvais état de santé général à l'âge adulte, associé à des troubles psychologiques, des troubles de la socialisation, des conduites destructrices, etc. Tout cela engendre également un coût pour la société, en lien avec les soins médicaux, la justice, les démarches sociales, les foyers d'accueil, le système éducatif, la perte de productivité… (8)

La maltraitance peut impacter trois principaux domaines du développement : physique, socio- affectif et comportemental et enfin neurobiologique et cognitif. (21) Bien souvent les **conséquences sont intriquées** et donc difficiles à classer dans une seule catégorie. Le syndrome du bébé secoué reflète la diversité des séquelles possibles : infirmité motrice cérébrale, épilepsie, cécité, etc. Le retentissement sur la vie future de l'individu sera donc majeur. (22)

D'un point de vue neurobiologique, les chercheurs conceptualisent aujourd'hui les conséquences par ce qu'ils nomment le **traumatisme complexe**, c'est-à-dire la survenue répétée d'un évènement traumatique pendant une période de vulnérabilité du développement. La maltraitance infantile étant commise sur un cerveau en pleine maturation, elle engendre des dysfonctionnements cognitifs et des troubles de la régulation émotionnelle et comportementale, pouvant être à l'origine de retentissements au niveau des interactions sociales (Cook et al. 2005 ; Courtois, Ford, 2009). Plus les traumatismes sont répétés, surviennent tôt dans la vie de l'enfant et en cooccurrence avec d'autres formes de maltraitance, plus les répercussions à court et long terme sont importantes et souvent irréversibles au niveau neurobiologique. (23) Par exemple, la répétition d'évènements

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

traumatiques peut entraver les mécanismes de liaison entre les deux hémisphères et être à l'origine d'une réaction au stress inadaptée. De plus, comme les enfants maltraités sont les premiers témoins des comportements et réactions inappropriées de leurs parents, ils pourront avoir des difficultés dans la gestion de leurs émotions futures, puisqu'ils n'auront jamais eu d'apprentissage constructif dans ce domaine. (24)

Néanmoins, chaque individu peut réagir différemment à un même évènement de vie. Une image classique de la diversité des conséquences psychiques de la maltraitance sur un enfant nous est donnée par le Dr De Becker, pédopsychiatre : c'est la **métaphore de la cicatrisation d'une plaie cutanée**. La cicatrisation d'une plaie dépend de nombreux facteurs tels que la gravité de la blessure initiale, les soins apportés, etc. Il en est de même pour les séquelles sur l'identité de l'adulte ayant subi la maltraitance. Les répercussions psychologiques sont très variables d'un individu à l'autre et dépendront d'une multitude de facteurs, comme la nature des faits, leur prise en charge, la capacité de résilience de la personne… Les conséquences pourront être sévères ou à peine visibles, n'engendrant parfois qu'une vulnérabilité émotionnelle plus intense. (25)

1. Le retentissement psychologique

La violence peut entrainer une **souffrance anxio-dépressive** dès le plus jeune âge, s'exprimant de multiples façons : intolérance à la frustration, agressivité, repli sur soi, timidité excessive, crainte de l'adulte, appréhension, troubles de l'attachement, insécurité relationnelle, difficulté de séparation, etc. (26) D'autres éléments de l'ordre de la somatisation peuvent aussi alerter : non acquisition persistante du contrôle sphinctérien, grande distractibilité, dépendance à l'autre très marquée. (25)

Les **conséquences psychiques à l'âge adulte** sont également nombreuses. D'après une étude longitudinale américaine publiée en 1996, 80% des enfants maltraités présenteraient des manifestations psychiatriques à l'âge de 21 ans, tels que des troubles émotionnels et comportementaux, des idées suicidaires, etc. (27) De plus, les enfants victimes de maltraitance présentent des troubles de **moins bons pronostics**, avec des âges de survenue

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

plus précoces, des symptômes plus sévères, davantage de comorbidités et une moins bonne réponse au traitement. (28)

D'après la revue de la littérature de Benarous X (16), la maltraitance infantile, sous toutes ses formes, double le risque de **dépression** à partir de l'adolescence. Il existe une relation dose-effet avec la gravité des violences subies. Le risque de **tentative de suicide** à l'âge adulte est multiplié par deux lors d'abus physiques ou sexuels, et il sera d'autant plus important que les épisodes de maltraitance se répètent. Hélas, le suicide demeure la première cause de mortalité dans cette population, il concerne 50% des décès. Concernant les automutilations à type de **scarifications**, leur prévalence est augmentée en cas d'abus sexuels.

Les **troubles du comportement** pendant l'enfance et l'adolescence sont aussi plus fréquents en cas de maltraitance. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), plus souvent retrouvé dans cette population, est davantage associé à un trouble oppositionnel avec provocation ou à un trouble des conduites. Ces enfants ont également plus de risque de subir des violences intrafamiliales, en lien avec le retentissement de leurs troubles.

De plus, les enfants victimes de mauvais traitements ont un risque accru de développer un **trouble de stress post-traumatique** (TSPT), persistant souvent à l'âge adulte. Caractérisé par le « souvenir insistant » du traumatisme dans l'esprit de la victime, il peut générer des comportements d'évictions et être à l'origine de conflits familiaux. Plus le traumatisme survient tôt, plus les conséquences risquent d'être graves et durables. (25)

Les **troubles de la personnalité** à l'âge adulte sont documentés : les personnalités dépendantes, évitantes, obsessionnelles, borderline, antisociales, histrioniques et narcissiques. L'association d'un type de traumatisme avec un type de personnalité est encore discutée, cependant le lien entre les violences physiques et la personnalité antisociale semble le mieux étayé. (16)

Les **addictions à l'alcool** auraient un risque relatif multiplié par 1,7 à partir de l'adolescence, et par 1,9 pour **les addictions aux drogues**.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Le retentissement physique

La maltraitance infantile peut favoriser la survenue de maladies graves à l'âge adulte telles que les cardiopathies ischémiques, les cancers et les affections pulmonaires chroniques, du fait de l'adoption de comportements à risque (tabac, alcool, mauvaise hygiène alimentaire, manque d'activité physique). (8)

D'après une revue de la littérature, la violence physique dans l'enfance est bien corrélée à **l'hypertension, au diabète de type 2 et à l'obésité** (dont l'Odds ratio varie de 1,3 à 9,8 selon les études). Le mécanisme physiopathologique incriminé serait l'inflammation chronique. (16) En revanche, les douleurs chroniques et plaintes fonctionnelles digestives sont moins documentées.

La négligence peut induire une hypotrophie staturo-pondérale par dénutrition ou un nanisme psychosocial. Elle peut aussi se manifester par les conséquences plus ou moins graves de la **non dispensation des soins de santé** : problèmes bucco-dentaires, troubles de la vision, non délivrance d'un traitement pouvant aggraver des maladies chroniques telles que l'asthme ou le diabète et dont les conséquences peuvent perdurer à l'âge adulte. (21)

Il existe une forte suspicion de **violence physique** lorsqu'un enfant présente plusieurs lésions d'âges différents, dans des localisations types (tronc, nuque, oreilles, joues, face postérieure des cuisses, fesses), avec des explications incohérentes par rapport à l'âge de l'enfant et au mécanisme lésionnel évoqué. Il convient alors de réaliser en urgence des examens complémentaires, tels des radiographies du squelette complet, une imagerie cérébrale et un fond d'œil. (8)

3. Le risque de trouble des conduites sociales

L'intégration de la violence par l'enfant comme moyen pour résoudre les conflits est réelle (26) et est à l'origine par exemple de la transmission intergénérationnelle de la violence conjugale. De plus, de nombreux travaux mettent en évidence des liens entre maltraitance et **criminalité**. On note une prévalence plus forte d'arrestations dans l'enfance et à l'âge adulte dans ce contexte. Chez les enfants emprisonnés, on retrouve un antécédent de maltraitance dans 30 à 90 % des cas, dont des abus sexuels particulièrement fréquents chez les filles. (16)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

La plupart des enfants qui manifestent une violence extrême ont vécu des traumatismes relationnels précoces engendrant des troubles sévères de l'attachement, puis ultérieurement des troubles psychiatriques ou un déficit de l'attention. (25)

« **Le concept de soi** », c'est-à-dire la façon dont un individu se perçoit, aide à comprendre ces difficultés relationnelles. Les enfants qui ont été victimes de maltraitance se sentent généralement indignes d'être aimés, allant jusqu'à anticiper le rejet et le mépris des autres. Ils se sentent responsables de leurs expériences négatives, ce qui génère des distorsions cognitives et des **difficultés de socialisation**. (29) Les études recherchant les conséquences des châtiments corporels sur le développement de l'enfant retrouvent à long terme plus de traits anxieux et dépressifs, plus de conduites antisociales et une augmentation significative de l'agressivité. (30)

Enfin, une étude prospective réalisée chez des jeunes adultes ayant subi des violences sexuelles, physiques ou des négligences graves rapporte davantage de **troubles du comportement sexuel** dans cette population, comme une sexualité précoce, plus de risque d'avoir de maladies sexuellement transmissibles, plus de grossesses pendant l'adolescence, d'avortements et de prostitution. (16)

4. Le retentissement cognitif

Sur le plan cognitif, il est fréquent de constater un manque de spontanéité, des **déficits de l'attention**, un **retard de langage** et des **troubles des fonctions exécutives**, avec par exemple des difficultés dans la résolution des problèmes. Ce tableau traduit la « capture des ressources cognitives » en lien avec l'hypervigilance anxieuse de l'enfant. (31)

La maltraitance serait associée à une plus grande participation à des programmes d'adaptation scolaire. (21,29) De plus, une étude prospective sur 30 ans a montré que les enfants maltraités ont un niveau d'étude plus bas avec de moins bons résultats scolaires et, par la suite, de **moins bons salaires**. (16)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

5. Le décès

Le décès dû à une violence physique sévère est le contexte le plus fréquent. Mais, pour en arriver là, il y a souvent eu plusieurs traumatismes en amont. (16) Dans son rapport mondial sur les violences, l'OMS énonce que les **traumatismes crâniens puis abdominaux** constituent les premières causes de décès chez les jeunes enfants, notamment ceux de moins de 2 ans. La suffocation est également courante. En général le décès survient suite à une crise de colère, le plus souvent du père, sans intention de donner la mort. (8)

Les **néonaticides** sont typiquement commis par la mère sur son nouveau-né par des moyens qui détériorent peu l'apparence physique : la noyade, l'empoisonnement ou l'étouffement. Ce sont bien souvent des femmes au parcours chaotique avec des grossesses non suivies et non déclarées, qui accouchent seules à domicile. (3)

Concernant la négligence, le décès peut survenir par malnutrition extrême, trouble hydro électrolytique, hypothermie, infection…

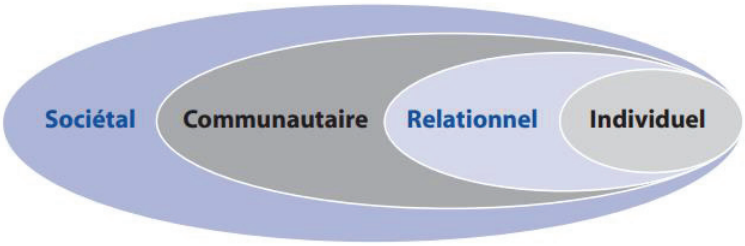
D. Les facteurs de risque de maltraitance infantile

Les facteurs de risque (FDR) sont des éléments rendant l'enfant plus vulnérable vis-à-vis de la maltraitance infantile et inversement pour les facteurs protecteurs. Il ne faut en aucun cas stigmatiser un enfant ou sa famille en fonction de la seule présence de ces facteurs de risque. Un contexte évocateur de violence reste le point premier pour la suspecter. Cependant, plus il y a de facteurs de risque, plus la probabilité de maltraitance infantile augmente. (32) En effet, une cohorte australienne retrouve une augmentation exponentielle du risque de maltraitance en fonction de nombre de FDR, la prévalence de la maltraitance dans les groupes les plus à risque dépassant 80 %. (33)

La maltraitance résulte de **l'influence mutuelle** de plusieurs facteurs (individuel, relationnel, communautaire, socio-environnemental et culturel) qui sont étroitement liés les uns aux autres. **Le modèle écologique** représente la complexité des interactions entre ces différents éléments. (34)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 1 : Modèle écologique décrivant les facteurs de risque relatifs à la maltraitance infantile (34)



Le **niveau individuel**, premier niveau de ce modèle, représente les variables biologiques telles que l'âge et le sexe, ainsi que les facteurs liés aux antécédents personnels de l'enfant et de ses parents, avec par exemple des antécédents de violence dans l'enfance et le risque de sa transmission intergénérationnelle.

Le second niveau de ce modèle, le **niveau relationnel**, s'intéresse à l'impact des liens sociaux, familiaux ou amicaux, sur le risque de maltraitance infantile (isolement, conflit de couple, séparation).

Le **niveau communautaire** étudie le rôle de l'environnement dans lequel évoluent les relations sociales de la famille, que ce soit au niveau du travail, de l'école, du voisinage, du logement (pauvreté, chômage, tolérance à la violence, inégalités sociales, etc.).

Enfin, le **niveau sociétal** concerne l'impact des normes sociales, avec par exemple les différences culturelles entre les pays au niveau des châtiments corporels, les inégalités socio-économiques, les zones de violences et de guerre, etc.

La revue internationale de la littérature du Dr Rebeyrotte s'est inspirée de ce modèle pour proposer **trois catégories de facteurs de risque** : ceux liés à l'enfant, ceux liés aux parents et ceux liés à la famille. (6) Nous avons effectué notre recueil de données grâce à cette classification et avons volontairement choisi de ne pas inclure les facteurs sociétaux (guerres, migration, quartier…) car leur lien avec la maltraitance dépasse le domaine intrafamilial et est très variable d'un pays à l'autre.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

1. Facteurs liés à l'enfant

a) L'âge

Plus **l'enfant est jeune,** plus il risque d'être exposé aux violences intrafamiliales. (3) Les tranches d'âge les plus exposées sont les enfants de 0 à 4 ans, puis les préadolescents et adolescents. (6)

Le jeune enfant est particulièrement exposé aux violences physiques. D'après une cohorte rétrospective réalisée aux Etats-Unis parmi une population d'enfants admis pour brûlures, le jeune âge était un facteur de risque significatif avec un âge moyen des enfants maltraités de 21 mois. (35) Selon le rapport de la mission ministérielle de 2018, l'âge est le premier facteur de risque **d'homicide infantile** : plus de la moitié des cas d'homicides concernaient des enfants de moins de 1 an et seulement un tiers des enfants étaient en âge scolaire. (3) Dans le rapport de l'INSERM de 2011, la majorité des infanticides touchait des enfants de moins de 4 mois. (36)

Concernant les **violences sexuelles**, les taux sont plus élevés à l'adolescence, même si le jeune enfant n'en est pas épargné pour autant. (8)

b) Le sexe

Ce facteur varie **en fonction du type de violence infligée et du pays**. Dans les pays à hauts revenus, le sex-ratio est généralement de 1 pour la maltraitance, à l'exception des **abus sexuels** où on observe une prédominance chez les filles ; tandis que dans les pays à bas revenus, les violences physiques concernent davantage les garçons, et les filles sont plus à risque d'infanticide et de négligence (avec notamment la privation en terme d'éducation et de nutrition). (16)

Concernant **les morts violentes chez les enfants,** il existe une nette surreprésentation du sexe masculin (77%) en rapport avec le syndrome du bébé secoué. (36) L'étude de Ross et al. de 2009 retrouve également une prédominance de garçons (68% contre 32% de filles) chez les enfants décédés de mauvais traitements. (37) De même, une cohorte américaine met en évidence une association entre les mauvais traitements graves et le sexe masculin. (38)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Concernant les **signalements**, en France en 2006, l'ODAS rapporte une plus grande proportion de garçons. Toutefois cette tendance semble s'inverser à partir de 15 ans où les filles deviennent majoritaires. (39) Ces données concordent avec le dernier bilan du SNATED de 2021. (40)

c) Le handicap physique ou mental

L'étude de Sullivan et Knuston démontre qu'avoir un handicap, quel qu'il soit, est associé de façon significative à un risque de maltraitance. En effet, les enfants présentant un handicap ont 3 à 4 fois plus de risques d'être victime de violence, surtout s'il s'agit d'un handicap **mental**. Mais les handicaps sensoriels (visuels et auditifs) sont également ressortis comme des facteurs de risque dans cette étude. (41)

De même, une revue de la littérature américaine, publiée dans *The Lancet* en 2012, estime que ces enfants ont un risque accru de violences intrafamiliales, notamment **physiques** (20%). (42)

d) Les troubles du comportement et des apprentissages

L'étude américaine de Sullivan et Knuston, publiée en 2000, affirme que le risque de mauvais traitement est d'autant plus important en cas de troubles du **comportement** (Odds Ratio à 7) et de troubles des **apprentissages** (OR à 2). (41) De même, l'étude Spencer de 2006 a mis en évidence une association entre la maltraitance et les troubles des apprentissages et des conduites, indépendamment de la prématurité et du contexte socio-économique familial. (43)

Dans une étude sur les infanticides, la plupart des victimes souffraient de troubles, parfois cumulatifs, tels que le retard des apprentissages (langage notamment), les troubles du comportement (agressivité, violence, sexualité, etc.) ou encore des troubles du contrôle sphinctérien. (3)

L'hyperactivité, les pleurs et la dépression sont également des facteurs de risque d'après une étude finlandaise réalisée à partir d'hospitalisations pour maltraitance physique. (44)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

e) La séparation précoce

Le psychiatre John Bowlby rappelle que **l'attachement** fait partie des besoins élémentaires de l'enfant, visant à préserver sa sécurité et sa survie. L'enfant en a besoin pour se développer et explorer son environnement. En cas de stress, la présence de ses figures d'attachements privilégiées sera essentielle pour lui apporter l'apaisement et le réconfort dont il aura besoin. (45)

Les situations qui perturbent les relations entre l'enfant et ses figures protectrices parentales augmentent le risque de maltraitance infantile par le biais des troubles de l'attachement. Elles peuvent apparaitre avant la naissance lors de grossesses non désirées ou non investies, être liées à l'enfant (hospitalisations longues) ou aux parents (décompensations psychiatriques, dépressions du post-partum). (6,16)

f) La prématurité

L'étude de Spencer montre qu'il existe une association significative entre la maltraitance, sous toutes ses formes, le **faible poids de naissance** et une **durée gestationnelle plus courte**, indépendamment de l'âge maternel ou du statut socio-économique. (43) En 2011, dans l'étude française de l'INSERM, 22% des bébés secoués étaient prématurés. (36) D'autres études retrouvent également la prématurité comme facteur de risque. (44,46) Pourtant, ce facteur serait encore relativement méconnu des médecins généralistes. (47)

Ce facteur de risque ne doit pas être sous-estimé puisqu'il peut nuire à la création d'un **attachement** sécure entre les parents et leur nouveau-né, en lien avec les hospitalisations néo-natales, la séparation précoce et les éventuelles blessures narcissiques qu'un handicap associé peut provoquer chez les parents. (14)

2. Facteurs liés aux parents

a) La carence éducative

En 2007, l'ODAS considère la carence éducative des parents comme **premier facteur de risque** de danger car elle concerne plus de la moitié des enfants signalés entre 2004 et

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

2006. (39) Ces résultats concordent avec de nombreuses autres études telles que les deux cohortes anglaises réalisées par Sidebotham P en 2001 et 2006. (46,48)

Le faible niveau d'éducation et de scolarité peut être source d'une **immaturité parentale**, d'un **faible niveau de connaissance** du développement normal d'un enfant et de ses besoins, de difficultés à trouver sa juste place de parent ou à adapter son mode de vie suite à l'arrivée de l'enfant. Toutes ces caractéristiques peuvent engendrer des troubles de la relation parent-enfant, sources de violences intrafamiliales, accentuées par le délitement des liens familiaux et l'isolement social. (39)

b) Les troubles psychopathologiques

La présence d'une pathologie psychiatrique chez l'un des parents est un facteur de risque connu de maltraitance, pour autant ces situations ne sont finalement pas les plus fréquentes. (16) Selon l'ODAS, 11% des enfants signalés en 2006 (et 14% en 2005) avaient des parents manifestant des troubles psychopathologiques, ce qui en fait le **cinquième facteur de risque** à l'origine du danger. (39)

D'après une cohorte australienne, **la mauvaise santé mentale des parents** engendre un risque accru de maltraitance infantile. (33) Une revue de la littérature anglaise retrouve la **dépression** et la **psychose** comme facteurs de risque de maltraitance. (49) L'**anxiété** de la mère ressort comme un facteur significatif dans une étude longitudinale allemande publiée en 2022 et dans une étude transversale du même auteur, où la détresse du couple apparait comme un facteur de risque de négligence. (50,51) Dans une analyse de 50 cas d'infanticides intrafamiliaux, 50% des auteurs présentaient des **troubles de la personnalité** avec une **altération du discernement**. (3)

Le rapport de l'INSERM sur les morts violentes ne retrouve pas forcement de pathologie mentale prédominante mais dresse plutôt un **profil psychologique** des parents auteurs d'infanticides avec par exemple une immaturité, une impulsivité, un repli sur soi, une dépendance à l'autre ou une dévalorisation de l'image de soi. (36) Un parent « émotionnellement absent » pour son enfant a également plus de risque de devenir maltraitant envers lui. (52)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Enfin, les **grossesses** chez les femmes présentant un trouble psychiatrique **augmentent** le **risque de rechute**, lié notamment au risque de séparation mère-enfant. En effet, d'après une étude canadienne, 50% des femmes atteintes de schizophrénie perdraient la garde de leur enfant. La mortalité par suicide est reconnue comme la première cause de mortalité périnatale dans l'année qui suit un accouchement. Les enfants, quant à eux, ont plus de risques de complications néonatales, de troubles du développement et de troubles psychiques ultérieurs. Il parait important de renforcer les liens entre les secteurs de la psychiatrie et des maternités afin de proposer un accompagnement adapté à ces futures mères. (26)

c) Le faible statut socio-économique

La pauvreté, souvent associée au chômage, est néfaste pour l'enfant à cause du manque de ressources et de la détérioration progressive des infrastructures, à l'origine d'un stress supplémentaire influant sur le comportement des parents. D'après l'OMS et la Haute Autorité de Santé (HAS), les mauvais traitements surviennent plus fréquemment dans des familles à faible niveau socio-économique. (8,13) Il en est de même pour l'ODAS, pour qui la précarité économique était le **troisième facteur** de risque de danger en 2006, représentant 15 % des enfants signalés. (39)

Il convient cependant de rester prudent car les études présentent des **niveaux de preuves variables**, en lien par exemple avec la difficulté de mesurer de manière objective et universelle la pauvreté. De plus, il peut exister de nombreux biais tels que la prise en compte de l'ethnicité et des facteurs raciaux dans les études anglo-saxonnes. Une étude américaine suggère notamment qu'il existerait des différences dans la prise en charge et le signalement en fonction de la couleur de peau de l'enfant. (53)

Une étude sur les auteurs d'infanticides ne retrouve pas de différence de catégorie socioprofessionnelle. (36) Il est donc important de **ne pas occulter** la maltraitance infantile dans les **classes sociales les plus favorisées** où elle est malheureusement bien souvent dissimulée, échappant ainsi au contrôle des services sociaux. (16) L'INSERM rappelle que les facteurs psycho-affectifs priment par rapport aux facteurs socio-économiques.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

d) L'usage d'alcool et/ou de drogues

L'abus d'alcool ou de drogues est un facteur de risque démontré de maltraitance infantile (44,54), comme le souligne une cohorte australienne (33), ainsi qu'une revue de la littérature anglaise retrouvant un risque relatif à 2,67 (49). En France, selon l'ODAS, il représente le **sixième facteur de risque** de danger (39). Il favorise également la survenue de **violences conjugales**. (16)

Ces abus s'inscrivent souvent dans un contexte particulier, associant pauvreté, difficultés sociales, troubles mentaux, etc., rendant complexe la distinction entre les conséquences propres à **l'usage des toxiques** et celles purement liées au contexte de vie. Pour autant, la validité de ce facteur est bien réelle : deux études réalisées aux Etats-Unis (55) et aux Pays-Bas en 2019 (56) confirment que le trouble de l'usage de substances est un facteur de risque **indépendant**.

e) Les antécédents de violence dans l'enfance

25 à 50 % des enfants maltraités **reproduiront le cycle de la maltraitance** sur leurs propres enfants. (29) Les problèmes de santé mentale, tels que la dépression, et l'association à d'autres facteurs majorent ce risque. (57) La théorie de **l'apprentissage social** suggère que les comportements agressifs sont appris par observation durant l'enfance, intériorisés comme des stratégies efficaces pour résoudre des conflits, puis reproduits plus tard. La souffrance des parents traumatisés entrave leur capacité à faire preuve d'empathie, à identifier clairement les besoins de leur enfant et à y répondre adéquatement, ce qui peut perturber les capacités de socialisation de l'enfant, sa personnalité, etc.

Selon l'INSERM, plus de **50% des auteurs** du syndrome du bébé secoué ou d'infanticide ont des **antécédents de violences** dans leur enfance. Les expertises psychiatriques des auteurs révèlent notamment une impulsivité, une pauvreté des affects et/ou une intolérance à la frustration. (36)

Une récente étude allemande retrouve une prévalence significativement plus importante de violences dans l'enfance chez les pères faisant partie des groupes à haut risque. (51) De même, une étude américaine publiée en 2017 montre que la probabilité de

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

maltraitance infantile augmente de 72% chez les mères anciennement victimes de violence. (58)

f) Le jeune âge parental

Ce facteur a peu d'impact en France car les grossesses précoces, c'est-à-dire avant 18 ans, sont rares (3/1000). Dans l'étude de l'INSERM, il n'y avait que deux mères mineures. (36) Cependant, aux Etats-Unis, où ce taux est de 75/1000, le très jeune âge maternel est incriminé comme étant un facteur de risque de maltraitance grave. (38) Une étude transversale allemande retrouve également une association entre le jeune âge maternel et la négligence. (50)

3. Facteurs liés à la famille

a) La monoparentalité

Une étude chinoise réalisée en 2014 retrouve une association entre le fait de vivre avec un **seul parent** et la maltraitance infantile (OR = 2,05). (59) De même, aux Etats-Unis et en Argentine, des études montrent que les mères déclarent recourir à des châtiments corporels trois fois plus souvent lorsqu'elles sont célibataires. (8) Ce statut de **mère célibataire** est également ressorti comme un facteur de risque de maltraitance infantile dans une étude réalisée en Alaska en 2011. (54)

L'association entre la monoparentalité et la participation aux programmes de soutien parentaux, l'inscription dans les registres de la protection de l'enfance ou encore l'infanticide semble étayer les potentielles difficultés d'élever seul son enfant. Les causes évoquées sont les faibles revenus, le manque de soutien et le poids des responsabilités familiales. (3,46,60)

b) Les familles recomposées

Une étude de cohorte longitudinale britannique publiée en 2006 met en évidence dans les familles recomposées un risque accru d'être inscrites au registre de la protection de l'enfance. (46) Une augmentation du risque de maltraitance grave a été mise en évidence chez les enfants ne vivant avec aucun de leurs parents biologiques et étant déjà suivis par la

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

protection de l'enfance. (38) Enfin, une étude de cohorte québécoise montre une association entre les familles recomposées et l'inscription des mères dans des programmes de soutien parentaux. (60)

c) Les familles nombreuses

D'après une étude chilienne, dans les familles comptant au moins quatre enfants, il y a trois fois plus de risques de violence envers les enfants. (8) Aux Etats-Unis, une étude cas-témoins conclut que, parmi les familles suivies par les services de protection de l'enfance, celles avec au moins trois enfants de moins de 5 ans ont un risque accru d'hospitalisation ou de décès d'un enfant. (38) Une étude comparative réalisée en Alaska sur des femmes ayant eu une grossesse à risque montre que c'est à partir du troisième enfant qu'il y a un risque accru de maltraitance. (54) Ce résultat est concordant avec une autre étude de plus petite ampleur. (61)

d) Les conflits et séparations dans le couple

La présence d'un conflit parental a été identifiée comme un facteur de risque important de maltraitance dans la majorité des études. (36) Les divorces et séparations sont évoqués dans 34% des appels transmis au 119 sur l'année 2021. (18)

Que le couple vive ensemble ou non, le conflit entre les parents est une maltraitance psychologique qui peut s'exercer par la manipulation des enfants afin de servir les intérêts contradictoires des parents, ou par l'insécurité engendrée chez l'enfant qui observe ses figures parentales se diviser. Ce facteur peut être très anxiogène pour lui.

e) La violence conjugale

Les violences conjugales sont malheureusement de plus en plus fréquentes. Leur **prévalence** en France en 2000 était déjà **d'une femme sur dix**. (62) Il convient de les rechercher systématiquement et de redoubler de vigilance lorsque des enfants sont présents au domicile.

Selon l'OMS, des études réalisées dans des pays distincts sur le plan géographique et culturel (Chine, Inde, Egypte, Afrique du Sud, Mexique, Colombie, Philippines et Etats-Unis)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

concluent toutes à un **lien étroit entre violence conjugale et maltraitance infantile**. (8) En France, les cas de violence conjugale recensés par l'ODAS concernent 11% des enfants signalés, ce qui en fait le **quatrième facteur de risque** de danger. (39) Dans l'enquête des meurtres d'enfants en milieu intrafamilial de 2012 à 2016, plus la moitié des enfants décédés y étaient exposés. (3) Par ailleurs, de plus en plus d'études retrouvent une association entre violence conjugale et maltraitance infantile. (50,52,54)

Pour l'enfant, voir sa figure d'attachement se faire violenter peut engendrer un syndrome de stress post-traumatique dans 60% des cas. (26) Le retentissement psychologique est majeur pour la mère avec notamment un surrisque de tentative de suicide et de consommation de psychotropes, rendant les victimes moins capables d'offrir support et réconfort à leurs enfants.

La **grossesse** et la période **périnatale** sont des périodes **très à risque** où les violences débutent souvent, et se répètent dans 40% des cas. (26) Le climat de peur instauré par ces violences compromet la capacité du jeune enfant à considérer ses parents comme une source de sécurité, ce qui engendre des **troubles de l'attachement** et de la curiosité exploratrice de l'enfant. (12) Cette attitude de retrait peut être responsable d'un **retard du développement psychomoteur**. Sur le plan psychoaffectif, l'enfant risque de mettre en place très tôt des mécanismes de défense tels que la négation de ses propres besoins, l'attitude protectrice vis-à-vis de sa mère ou l'identification à l'agresseur. (29)

Les effets sur l'enfant sont nombreux et hétéroclites. Sur le plan scolaire, on note davantage de troubles des apprentissages, pouvant être en lien avec des troubles cognitifs ou des difficultés de concentration. Sur le plan comportemental, ces enfants présentent souvent une intolérance à la frustration. On note aussi fréquemment un manque de confiance en soi et parfois un sentiment de culpabilité de ne pas avoir pu protéger son parent. (12)

Les conséquences des violences conjugales sur l'enfant dépendent de la sévérité, de la fréquence et de la durée d'exposition aux violences, mais également de la capacité de résilience et de la présence de facteurs protecteurs comme le maintien des liens avec les pairs ou les membres de la famille, l'absence de trouble mental chez la mère ou encore un caractère facile chez l'enfant. (63)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Par la suite, ces violences font le lit d'autres violences. Une étude montre que 40% des enfants qui grandissent dans un contexte de violence conjugale seront un jour victimes de violence physique. (64) L'inverse est également vrai, le rapport des 1000 premiers jours énonce que le risque relatif d'être victime de violences conjugales est multiplié par 3 pour les enfants victimes de violences physiques dans l'enfance et par 5 en cas de violences sexuelles. Des modifications épigénétiques sont avancées pour expliquer ce lien. (26)

Enfin, il faut savoir que les violences conjugales augmentent également le risque d'être victime d'autres formes de maltraitance infantile dans le foyer familial car, en général, **ce facteur de risque n'est pas isolé**. (13) Une étude brésilienne prospective publiée en 2021 retrouve la présence concomitante de la maltraitance infantile et des violences conjugales dans 5% des cas, souvent associées à la violence dans le quartier d'habitation, l'absence du père biologique ou son comportement antisocial, la critique récurrente de la mère par son conjoint, la dépression et le jeune âge maternel. (65) Dans une étude transversale allemande réalisée en 2020, la violence conjugale est associée à la détresse du couple, à la dépression, l'anxiété, aux punitions sévères, aux expériences négatives de l'enfance, au jeune âge de la mère et à la pauvreté. (50)

f) Les antécédents de violence dans la fratrie

Selon Benarous, la violence se limite à un seul enfant de la fratrie dans 44 % des cas. Dans les autres situations, il existe le plus souvent un contexte de négligence ou d'abus émotionnel. (16) Dans sa méta-analyse, le Dr Rebeyrotte rapporte que des études françaises ont retrouvé un lien entre des antécédents de violence dans la fratrie et des hospitalisations répétées, des morts subites du nourrisson inexpliquées ou des placements sur décisions judiciaires. (6)

Il convient de rester particulièrement vigilant lorsqu'il existe des conflits dans le couple, une séparation, un abus de substances toxiques chez l'un des parents ou de la criminalité, car le risque que toute la fratrie soit concernée par la maltraitance est important.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

g) L'isolement social

L'OMS énonce qu'un lien a été établi entre les maltraitances infantiles et un contexte de stress et d'isolement social. (8) Ceci peut être expliqué par le fait que les évènements stressant de la vie (changement d'emploi, perte de revenu, problèmes de santé…) peuvent créer des conflits familiaux et affaiblir la capacité des parents à trouver du soutien. Dans l'étude de l'INSERM, l'isolement social semble jouer un rôle majeur dans la survenue des infanticides en raison du manque de soutien familial. (36) A l'inverse il a été démontré que les relations de voisinage ou un lien significatif avec un adulte jouant le rôle de tiers ont un effet protecteur sur l'enfant. (29)

4. Facteurs de risque sociétaux

a) Les guerres et conflits politiques

Ce sujet est particulièrement **d'actualité** car, depuis la signature de la Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE), il n'y a jamais eu autant de pays victimes de conflits armés dans le monde. Les enfants, de par leur extrême vulnérabilité, sont exposés à de **graves violations de leurs droits** : mutilations, enlèvements, violences sexuelles, recrutements pour combattre, privations d'accès à l'aide humanitaire, etc. (66)

En 2020, les armes explosives ont été responsables de blessures ou de décès chez 50% des enfants. La guerre au Yémen a causé la mort ou la mutilation de plus de 10 000 enfants entre 2015 et 2021. En 2005 et 2020, ce serait plus de 93 000 enfants qui auraient été enrôlés pour participer au conflit en devenant combattants, messagers, espions, etc.

Les attaques contre les écoles et les hôpitaux ont des conséquences catastrophiques pour la population et surtout pour les enfants, qui se retrouvent alors privés de leur droit d'accès à l'éducation et à la santé, en plus de compromettre gravement leurs vies. Nous avons malheureusement pu assister à de nombreuses attaques de la sorte lors des conflits récents entre l'Ukraine et la Russie. De même, les enlèvements sont l'une des violations les plus répandues en temps de guerre. Entre 2005 et 2007, ce sont plus de 25 000 enfants qui ont été enlevés par des membres du conflit. Il existe actuellement de fortes suspicions de

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

« déportation » d'enfants ukrainiens vers la Russie, où les procédures d'adoption auraient été grandement simplifiées. (67)

b) La migration

Une étude allemande a trouvé un lien entre la négligence et les antécédents de migration. (50) Une étude chinoise de 2017 s'est intéressée spécifiquement à la maltraitance des adolescents dans la population migrante comparativement à la population non migrante : la prévalence des violences psychologiques et physiques était plus importante dans le groupe des migrants. Les facteurs de risque au sein de cette population sont : de faibles performances scolaires, un comportement délinquant, la précarité économique et un faible attachement parental. Enfin, la vie dans un quartier sinistré était significativement liée à l'agression psychologique chez les adolescents migrants. (68)

c) Le quartier d'habitation

Une étude californienne de 2017 a étudié les processus de protection sociaux informels au sein des quartiers tels qu'intervenir en tant que voisin si un enfant sèche les cours ou s'il y a une bagarre, s'entraider et se rendre visite. Ils seraient protecteurs pour la violence physique et la négligence dans les familles aisées, à l'inverse des familles ayant de faibles revenus où ils ne seraient pas impactants. A l'autre extrême, le fait de vivre dans un quartier défavorisé est même, pour les familles à faibles revenus, un facteur de risque de maltraitance infantile. (69)

d) Les réseaux sociaux

Dans son bulletin annuel de 2021, le SNATED évoque les réseaux sociaux comme facteur associé aux maltraitances. Des attitudes imprudentes de la part des enfants peuvent être l'occasion de leur mise en danger (cyberharcèlement, pédopornographie…), ce qu'on pourrait assimiler à de la négligence de la part des parents. Cette notion est toutefois discutable dans une société où leur usage est désormais banalisé. A l'inverse, les réseaux sociaux peuvent aussi être vus comme un facteur protecteur car ils peuvent permettre d'exprimer les violences vécues, ce qui nous montre toute l'ambivalence de nommer ou non cette variable comme facteur de risque. (18)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

E. La protection de l'enfance

1. Législation

Tout citoyen a l'**obligation de porter assistance à personne en danger** (article 223-6 du Code pénal). La non-assistance vise « non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir » (pour protéger l'enfant). De plus, d'après l'article R. 4127-44 du Code de la Santé Publique (CSP), le **médecin** doit mettre en œuvre tous les moyens adéquats pour **protéger** une personne victime de sévices ou de privations. S'il s'agit d'un mineur, il doit en **alerter les autorités** judiciaires ou administratives. (70) L'article 43 du code de déontologie rappelle également que le médecin se doit de protéger le **mineur qui serait en situation de danger**, puisqu'il est « le défenseur de l'enfance lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage. »

La loi autorise la **levée du secret** professionnel lors des situations visant à informer d'un risque de danger ou d'un danger avéré pour un mineur ou une personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique. (71) Le professionnel de santé qui réalise un signalement n'engage pas sa responsabilité civile, pénale ou disciplinaire si celui-ci est réalisé dans les bonnes conditions. Il est bien établi qu'il n'a pas à apporter la preuve de la maltraitance. En cas de doute, le médecin peut demander conseil à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) ou au conseil de l'Ordre de son département. L'HAS propose un modèle type de signalement pour aider les médecins dans cette démarche. (13)

Lors d'un **danger immédiat** pour le mineur, il est indispensable de réaliser un **signalement** au Procureur de la République, afin de l'informer des éléments caractérisant la gravité de la situation. Après analyse du dossier, il organise, si nécessaire, la **protection immédiate** de l'enfant via une ordonnance de placement provisoire (selon les articles 375-5 du Code civil et 1184 du code de procédure civile). Il a ensuite dix jours pour transmettre le dossier au juge des enfants, qui se chargera de la mise en place de mesures d'assistance éducative (investigation, assistance éducative en milieu ouvert, placement). Le juge d'instruction peut également être saisi pour réaliser les poursuites pénales contre l'auteur présumé.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour les autres cas de suspicion de maltraitance d'un mineur, c'est-à-dire « pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être » (72), il convient de transmettre à la CRIP une **information**, qui sera qualifiée ou non de **préoccupante**, afin d'alerter le président du conseil départemental. Toute personne soupçonnant une situation de danger peut la réaliser (particulier, professionnel, institution). Si l'information est qualifiée de préoccupante, une évaluation médico-sociale sera réalisée afin de qualifier le danger et de proposer les mesures adéquates : mesure de protection administrative via les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) en accord avec les parents, signalement judiciaire ou classement sans suite.

En 2021 dans la Drôme, 1 646 informations ont été transmises à la CRIP. Parmi celles-ci, **1 030 ont été qualifiées de préoccupantes**, soit 3 300 enfants concernés. Pour le reste, la majorité des situations était déjà concernée par une mesure de l'ASE ou par une évaluation en cours, ou alors l'information ne concernait pas la protection de l'enfance ou pas le bon département.

2. Les réformes de la protection de l'enfance

a) Loi du 5 mars 2007

La loi du 5 mars 2007 permet une **avancée majeure** dans le domaine de la protection de l'enfance, en replaçant l'intérêt de l'enfant à protéger au centre de la prise en charge. (10) Elle intensifie la **prévention** en introduisant la notion « d'enfant en risque de danger » (4), notion plus large et moins restrictive qui permet ainsi **d'élargir la prévention** à une population plus importante.

L'une des mesures essentielles de cette loi est **l'amélioration du dispositif d'alerte** et de signalement grâce à la **création** de la Cellule départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (**CRIP**), qui centralise le recueil et le traitement des informations préoccupantes et renforce ainsi la convergence des acteurs de la protection de l'enfance. L'idée d'un circuit unique est de **faciliter la transmission** des informations en étant visible

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

aisément par tous les acteurs concernés, dont le milieu médical. Le **partage d'informations** entre personnes soumises au secret professionnel est désormais autorisé et encadré par l'article L.226-2-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).

Cette loi cherche également à **renforcer** le rôle et la compétence de la Protection Maternelle et Infantile (**PMI**) en élargissant son champ d'intervention dans le domaine de la prévention sociale et médico-sociale et en impliquant davantage la **médecine scolaire** dans le suivi de l'enfant, avec notamment la mise en place d'un bilan de santé supplémentaire pour tous les enfants de 3 à 4 ans, et de trois nouvelles visites médicales (à 9, 12 et 15 ans). L'objectif est ainsi de consolider le suivi médical de l'enfant et de l'adolescent à une période où il a tendance à se raréfier, alors que de nouvelles problématiques de santé émergent, comme la sexualité et la contraception. (73)

Cette loi rappelle l'importance de rester **vigilant** sur des périodes clés telles que la **grossesse** et la petite enfance. Un suivi régulier est essentiel puisqu'il peut permettre de repérer des facteurs de risque ou d'éventuelles situations délicates pour lesquelles il faudrait proposer une aide ou un accompagnement personnalisé aux parents. Elle rend ainsi **obligatoire l'entretien psycho-social** du 4ème mois de grossesse et prévoit également de renforcer le suivi en période postnatale.

L'article L.112-4 du CASF rappelle que « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins et le respect de ses droits doivent guider toute décision le concernant.» (74) Ainsi, dans le cadre d'un suivi au sein de la protection de l'enfance, il est désormais **obligatoire** d'établir un « **projet pour l'enfant** » (PPE), où seront notifiées les différentes actions menées auprès de lui, de sa famille et de son environnement. Il est important que les **parents soient au centre** de la prise en charge tout en trouvant un équilibre entre le respect de leur autorité parentale et la protection nécessaire de leur enfant. Ce support permet de préciser les actions qui seront menées et leurs objectifs.

b) Loi du 16 mars 2016

Cette loi modifie et complète la précédente. Le paradigme change, passant d'une loi centrée sur la parentalité à une loi centrée sur la réponse aux besoins du mineur. Elle vise à **recentrer** le système de protection **sur l'enfant lui-même**, pour qu'il devienne **sujet** de son intervention. Elle élargit la définition de la protection de l'enfance afin de proposer une

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

approche plus globale du mineur. Ainsi sont précisées des notions essentielles pour garantir une prise en charge de l'enfant dans son entièreté, en prenant en compte ses besoins fondamentaux, tels que sa santé, sa sécurité et son éducation. L'enfant est un **être en développement constant**, il est donc primordial de l'accompagner dans les différentes étapes de sa croissance sur le plan physique, intellectuel, social et affectif. (75)

Il importe d'offrir un **soutien stable et durable** à l'enfant, pour l'aider à se développer et à grandir convenablement, et ce même après la fin de l'accompagnement par la protection de l'enfance. Le maintien des liens avec la fratrie est important à préserver. Il convient de lui proposer un suivi médical régulier, un suivi psychologique adapté et une aide à l'autonomisation afin de favoriser l'insertion professionnelle et sociale à sa majorité.

Le **projet pour l'enfant** devient le document de référence. Il doit être réalisé en collaboration avec les parents et le conseil départemental et il accompagnera l'enfant tout au long de son parcours au sein de la protection de l'enfance. Il doit être **mis à jour** régulièrement, grâce à des évaluations pluridisciplinaires, permettant de vérifier la pertinence des mesures mises en place et de lutter contre d'éventuelles situations de délaissement.

Bien que ce projet ait déjà été introduit dans la réforme précédente, il persiste encore des difficultés pour l'appliquer de manière régulière. Cette nouvelle loi rappelle donc l'importance de le rédiger pour tous les mineurs afin de sécuriser leurs parcours. Un référentiel a été élaboré afin d'en préciser les modalités et le contenu. Il faut s'enquérir des désirs de l'enfant en fonction de son degré de maturité pour qu'il participe pleinement aux décisions le concernant.

Enfin, cette réforme tend à améliorer le repérage des enfants en danger ou en risque de l'être en définissant précisément le **cadre d'évaluation des informations préoccupantes.** Elles doivent être réalisées de manière pluridisciplinaires par des équipes formées et compétentes en la matière, composées d'au minimum deux professionnels exerçant dans le domaine de l'action médico-sociale, éducative ou psychologique, mais qui doivent être indépendantes du suivi familial. Elles doivent être réalisées au domicile de l'enfant et **concerner toute la fratrie présente**. Si cela est impossible il y aura alors saisine de l'autorité judiciaire. (76)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

c) Loi du 7 février 2022

Cette loi est promulguée dans un **contexte particulier** à la fois de crise sanitaire et sociale suite à la COVID-19, mais aussi de **stigmatisations publiques** des défaillances de la protection de l'enfance en lien avec des enquêtes et témoignages d'anciens enfants placés. De plus, les deux réformes précédentes n'ont pas eu de résultats suffisants pour lutter contre la maltraitance infantile et il persiste un déficit de coordination entre ses acteurs. (77) Pour une mise en application convenable des articles, elle devra s'accompagner d'une majoration des moyens financiers et humains. (78)

Il est primordial **d'améliorer le quotidien** et la prise en charge des enfants protégés, avec notamment la recherche systématique d'un membre de l'entourage qui pourrait accueillir l'enfant avant d'envisager son placement, et la préservation des liens de l'enfant avec sa fratrie en évitant les séparations. L'article 7 de cette loi mentionne l'interdiction des placements à l'hôtel d'ici 2024 (sauf en cas d'urgence) et impose de loger le mineur dans des lieux spécifiques pour une durée maximale de deux mois. Il s'agit de ne pas laisser des mineurs ou jeunes majeurs livrés à eux-mêmes, comme c'était par exemple le cas dans les différents scandales des « hôtels sociaux ».

Face à des situations parfois violentes, l'Etat entend renforcer la **sécurité** des lieux d'accueils et des équipes prenant en charge les enfants protégés. Un contrôle systématique des casiers judiciaires de tous les professionnels et bénévoles intervenants auprès de ces enfants sera donc effectué par les conseils départementaux. Les établissements sociaux devront également désigner une autorité référente vers laquelle le mineur pourra se tourner en cas de difficultés. Il conviendra de toujours recueillir la parole de l'enfant par une audition auprès du juge des enfants, qui devra obligatoirement vérifier l'intérêt pour le mineur d'un changement de lieu de placement. Enfin, l'accompagnement des 18-21 ans est à poursuivre car ce sont des périodes de transitions particulièrement sensibles pour ces jeunes adultes qui entrent dans la vie active autonome.

Le secteur médico-social connait actuellement une crise importante. En effet, le recrutement est laborieux de par les risques psycho-sociaux auxquels peuvent être confrontés les professionnels ainsi que par les salaires peu attractifs. Lors de notre recueil de données, nous avons échangé avec différents professionnels de l'ASE qui nous ont confirmé avoir des

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

salaires figés depuis de nombreuses années, alors que le travail est souvent difficile psychologiquement, notamment lorsqu'il n'est pas possible de mettre en place les mesures optimales pour un enfant. Cette loi prévoit ainsi une revalorisation salariale de certains métiers de la filière ainsi qu'une implication plus importante des assistants familiaux dans les décisions sérieuses concernant l'enfant.

F. Prévention de la maltraitance

1. Un sous diagnostic des médecins

Malgré le souhait de rendre le dispositif de recueil de la CRIP facile d'utilisation pour favoriser le repérage précoce de la maltraitance, il persiste **une sous déclaration** de la maltraitance infantile. (31) Concernant les professionnels de santé, une étude américaine rapporte que seules **8%** des maltraitances sont signalées par le **personnel médical**. (31) Selon l'Ordre des médecins, les médecins sont à l'origine de 5% des signalements. (5)

Dans une étude qualitative, les médecins généralistes interrogés sur leur pratique admettent un probable sous diagnostic de la maltraitance en lien avec des **difficultés à la repérer**. Les raisons sont multiples : manque de temps, de formation (notamment sur la notion de négligence), de preuves, allant parfois jusqu'à attendre la présence de preuves tangibles pour signaler le danger. La relation avec les patients crée parfois un manque de discernement semblant s'accentuer au fil de la carrière. Or il est primordial d'agir le plus tôt possible pour éviter les conséquences désastreuses sur la vie future de l'enfant. (64)

De nombreuses études se sont intéressées aux **freins au dépistage** chez les médecins, et notamment chez les médecins généralistes. Selon C. Greco, la sous-estimation des mauvais traitements serait liée à une aversion des médecins envers ce type de violences et à de nombreuses barrières psychologiques : craintes de répercussions sur le plan pénal, personnel, perte de patientèle, peur de nuire à la famille… (79) Il existe bien souvent un défaut de **connaissances** du système de signalement, de la sémiologie évocatrice et un manque de **communication** avec les services sociaux. (80)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Des pistes de prévention

La prévention de la maltraitance pourrait en soit faire l'objet d'une thèse à part entière. Ci-dessous sont présentés quelques moyens retrouvés dans la littérature et le paragraphe suivant fera l'objet d'un projet mis en place dans la région drômoise.

Pour prévenir la maltraitance, une option possible est le **soutien à la parentalité** à proposer aux familles en situation de vulnérabilité. De façon très synthétique, il consiste à renforcer les capacités empathiques de l'adulte envers l'enfant pour pouvoir le rejoindre dans ses émotions et répondre à ses besoins de façon adéquate. Ceci suppose que l'adulte représente pour l'enfant une figure d'attachement stable et sécurisante, propice à l'établissement d'une confiance en soi. (5,25)

Une autre stratégie mise en œuvre dans plusieurs pays est la **visite à domicile**. Un programme américain a permis la réduction de 15% de la fréquence des abus physiques et des situations de négligences graves. Un autre programme en Nouvelle Zélande a permis une diminution de 8% de la fréquence des hospitalisations pour blessures et négligences graves et une division par trois du taux d'abus physique. (31)

Les jeunes parents devraient être informés dès le séjour en maternité sur la manière de gérer les pleurs du bébé. Puis, lors du premier examen d'un nouveau-né, le médecin généraliste devrait informer des risques du **syndrôme du bébé secoué** et proposer des solutions en cas d'irritabilité des parents face à des pleurs incoercibles. Les conseils départementaux qui délivrent les agréments aux assistants maternels doivent leur dispenser une formation continue sur ce sujet. (22,26)

3. Un projet innovant dans la Drôme

Nous avons pu nous entretenir avec Damien Veyrier, cadre socio-éducatif à la maternité de Romans-sur-Isère. Il est à l'origine d'un projet innovant et encourageant, qui participe à la prévention par le repérage précoce des situations à risque de maltraitance infantile. En effet, il a créé en 2008 la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui œuvre dans le champ de la périnatalité sur des situations complexes sur le plan psycho-social. (81)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'idée est de repérer, le plus précocement possible, ces femmes enceintes dont la vulnérabilité peut être liée à divers facteurs : des fragilités du passé (antécédents de maltraitance ou de violences conjugales par exemple), des troubles psychopathologiques ou encore des difficultés financières ou sociales. Ces femmes font ensuite l'objet d'une réflexion au sein d'un staff pluridisciplinaire afin de proposer l'accompagnement le plus adapté à chacune, grâce au suivi et à la coordination des professionnels de la périnatalité.

Ce dispositif cherche à intervenir au plus tôt dans la prise en charge de la femme enceinte afin qu'elle puisse établir un lien de confiance sécurisant avec les soignants, lui permettant de réaliser tout son suivi dans le même hôpital, et ainsi d'améliorer la sécurité obstétricale en évitant le nomadisme médical. L'éventualité du placement dès la naissance est abordée en amont avec bienveillance, dans un souhait de totale transparence, mais également pour reconnaître et respecter la responsabilité des parents dans la protection de leurs enfants. Cet accompagnement s'inscrit dans une démarche de préparation au lien d'attachement, afin d'éviter de potentielles répercussions sur les interactions précoces et le développement psychoaffectif des enfants à plus long terme.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

DEUXIEME PARTIE : Etude des facteurs de risque de maltraitance infantile dans la population drômoise

A. Hypothèse et objectif

Il est admis que la maltraitance infantile intrafamiliale survient rarement sans un contexte particulier. De nombreuses études se sont intéressées aux facteurs de risque de ces violences infanto-juvéniles et nous avons retenu dans notre étude ceux ressortant dans la méta-analyse du Dr Rebeyrotte. (6)

L'objectif principal était de vérifier si, dans la population vivant dans la Drôme des collines en 2021, ces facteurs étaient réellement associés à un risque de danger ou à un danger pour l'enfant.

Les **objectifs secondaires** étaient de décrire la population d'enfants concernée par une IP entre janvier et juillet 2021 dans la Drôme des collines et de préciser les caractéristiques des émetteurs de ces IP.

B. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une **étude épidémiologique analytique rétrospective de type cas-témoins**. Elle s'appuie sur les évaluations médico-sociales réalisées après émission d'une information préoccupante suggérant une maltraitance infantile intrafamiliale. Ces évaluations concernent tous les enfants du foyer.

Les conclusions de ces évaluations nous ont permis de séparer les enfants en deux groupes :

- Les cas sont représentés par les familles où il y avait un danger ou un risque de danger pour le ou les enfants évalués et où une mesure de protection administrative ou judiciaire a été préconisée ;

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Les témoins sont les familles où aucun risque de maltraitance n'a été mis en évidence au moment de l'évaluation. Le dossier a donc été classé sans suite.

Grâce à la lecture des évaluations médico-sociales, nous avons extrait les données concernant les FDR : « présent, absent ou non renseigné ». Puis nous avons comparé la prévalence de chaque FDR de maltraitance infantile entre les cas et les témoins afin de vérifier s'il existait une différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Notre étude est multicentrique. Le recueil a eu lieu de juin à octobre 2022 dans trois sites : l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) de Bourg-de-Péage et de Tain l'Hermitage qui détenaient les dossiers des cas et la CRIP de Valence où étaient stockés majoritairement les dossiers des témoins.

2. Critères d'inclusions

La population étudiée était les mineurs de la Drôme des collines pour lesquels une information préoccupante avait été émise entre janvier et juillet 2021, dont l'évaluation médico-sociale statuait sur la notion de danger et préconisait, au besoin, une mesure adaptée. Seule la maltraitance intrafamiliale était incluse. Les auteurs présumés pouvaient donc être les parents, les beaux-parents et les grands-parents. Nous avons exclu les dossiers absents ou ne comportant pas d'évaluation médico-sociale et ceux ne traitant pas d'une maltraitance intrafamiliale.

3. Spécificité de la protection de l'enfance dans la Drôme

En France, la stratégie de mise en œuvre de la protection de l'enfance est laissée au libre choix de chaque département. La Drôme est découpée en quatre territoires dont celui qui nous intéresse, la Drôme des collines (nord du département). Au sein de ces territoires, la réalisation des évaluations médico-sociales est mandatée par la CRIP aux 26 centres médico-sociaux (CMS) du département. Notre étude s'inscrit sur un territoire comptant 8 CMS : Bourg-de-Péage, Hauterives, Romans-sur-Isère (2 CMS distincts), Saint Donat-sur-l'Herbasse, Saint-Jean-en-Royans, Saint-Vallier, et Tain-l'Hermitage. Il comprend également deux services

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) situés à Bourg-de-Péage et Tain-l'Hermitage, où nous avons effectué notre recueil de données. (*Voir annexe n°1*).

4. Méthode d'intervention

Nous avons recherché dans les évaluations médico-sociales la présence des FDR de maltraitance infantile intrafamiliale retrouvés dans la méta-analyse du Dr Rebeyrotte. (6) Pour ce faire, nous avons défini certains FDR en amont afin d'avoir une grille d'évaluation commune et comparable *(Voir annexe n°2)*. La première partie du recueil a été faite en binôme pour pouvoir échanger en cas de doute et ainsi valider notre méthode d'évaluation. Puis nous nous sommes réparties la fin du recueil en se concertant de manière régulière.

5. Méthode statistique

Dans un premier temps, une analyse descriptive a été faite sur les émetteurs des IP, les décisions de la CRIP concernant les cas, le type de violence suspectée par l'IP et sur les FDR.

Ensuite, pour pouvoir comparer les FDR entre les cas et les témoins, nous avons fait une analyse univariée puis une analyse multivariée. Les données manquantes ont été imputées via la méthode de l'imputation multiple, hormis pour les variables prématurité, séparation précoce et usage d'alcool et/ou drogues où les données non renseigné ont été remplacées par « absent ».

L'imputation multiple consiste à estimer plusieurs fois les données manquantes, puis à réaliser l'analyse de chaque ensemble de données complétées, et enfin à intégrer les résultats de ces différentes analyses. Par exemple les données manquantes de la variable violence dans l'enfance ont été imputées via les données remplies dans les variables suivantes : troubles psychopathologiques, violence conjugale et violence sur la fratrie.

Dans l'analyse univariée les tests utilisés étaient les suivants :

- Pour la variable quantitative qu'est l'âge : le test de Student ;
- Pour les variables qualitatives (toutes les autres) : le test du Khi-deux ou test de Fisher exact.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'analyse multivariée a été réalisée via une régression logistique sur les variables ayant une p-value < 0.20 lors de l'analyse univariée. Chaque variable est donnée avec sa p-value et son odds ratio avec un intervalle de confiance à 95%.

L'analyse a été faite en prenant une **population distincte selon le type de variable** :

- Pour les variables propres à l'enfant, tous les enfants ont été pris en compte car elles pouvaient varier au sein d'une même fratrie (exemple : un frère né prématuré et une sœur née à terme mais présentant des troubles du comportement) ;
- Pour les variables propres aux parents et à la famille, c'est le nombre de dossiers qui a été analysé car là les variables ne changeaient pas au sein d'une même famille quel que soit le nombre d'enfant (exemple de la violence conjugale subie par tous les enfants sans distinction).

6. Réglementation

Un contrat conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) a été signé avec le conseil départemental de la Drôme. (*Voir annexe n°3*) Les données ont été recueillies de manière anonyme dans la grille de données. Le dossier représentant une famille était identifié par son numéro (défini par le centre de recueil), plus ou moins suivi d'une lettre permettant la distinction des enfants de la fratrie s'il y en avait plusieurs.

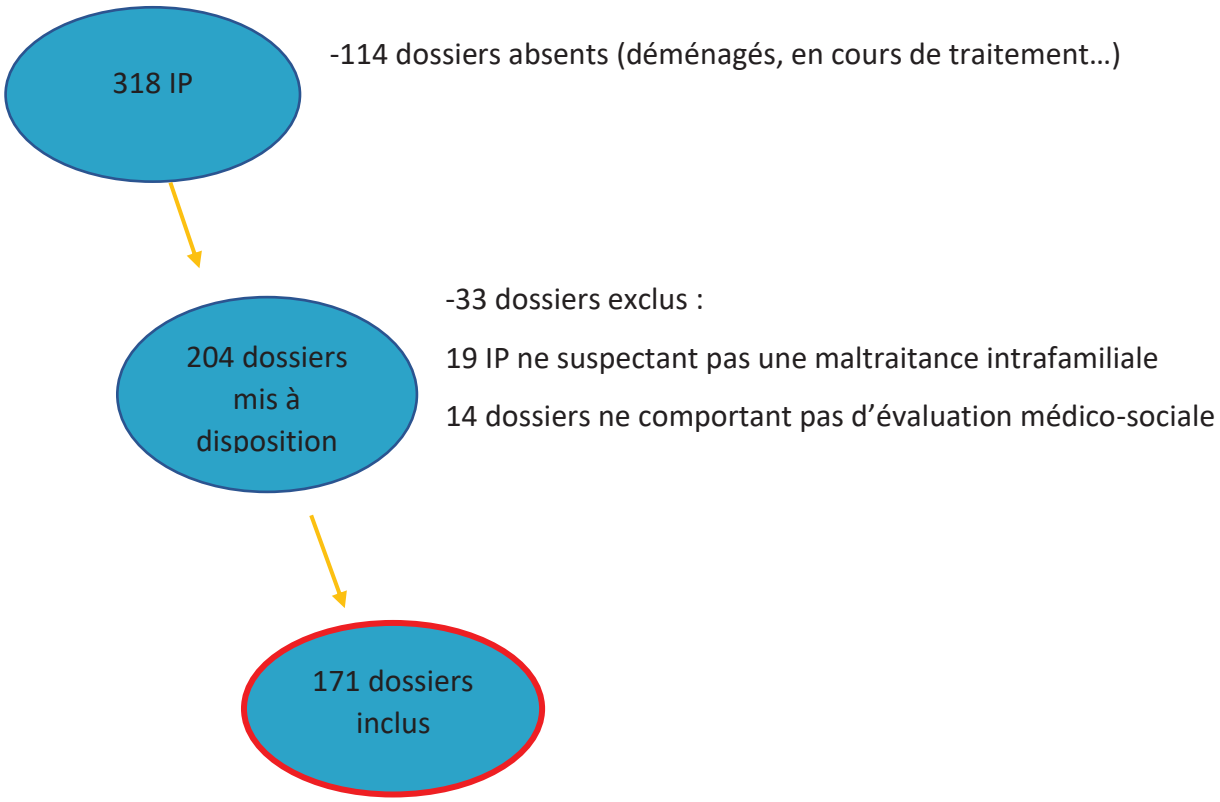
C. Résultats

1. Diagramme de flux

Le recueil de données, qui a eu lieu de juin à octobre 2022, concernait les IP émises entre janvier et juillet 2021. Sur les 318 IP émises, nous avons inclus 171 dossiers, ce qui représentait 311 enfants.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 2 : Diagramme de flux



2. Analyse descriptive de la population

a) Nombre d'enfants et de familles

Il convient de bien différencier le nombre de dossiers, correspondant au nombre de familles évaluées, du nombre d'enfants, qui lui est bien plus élevé.

Tableau 1 : Répartition des enfants et des familles

	Témoins	**Cas**	**Total**
Famille / dossier	56 (32,7%)	115 (67,3%)	171
Enfant	114 (36,7%)	197 (63,3%)	311

La totalité des dossiers des témoins a été extraite de la CRIP. Parmi les cas, la majorité viennent des ASE de Tain-l'Hermitage et Bourg-de-Péage mais 11 viennent de la CRIP. Il s'agit de situations présentant un risque de danger et imposant donc une mesure administrative

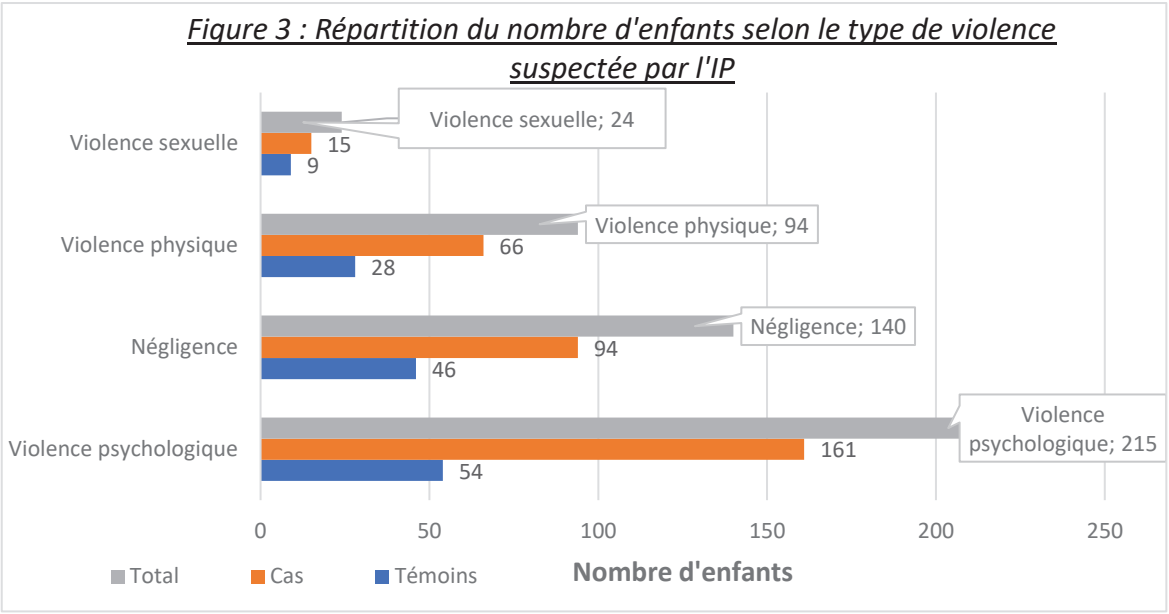
STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

mais où les parents refusent cette mesure. Comme le danger n'est qu'à l'état de risque, la situation ne peut être soumise à la voie judiciaire et le dossier est donc classé sans suite.

b) Répartition selon le type de violence suspectée par l'IP

Il est important de noter que, dans notre recueil, la violence est celle supposée par l'émetteur de l'IP, mais qu'elle n'est pas forcément avérée, surtout pour les témoins. Par ailleurs, plusieurs types de violences peuvent être suspectés sur un même enfant. Les violences psychologiques et les négligences étaient les plus représentées et les violences sexuelles étaient en minorité.

Figure 3 : Répartition du nombre d'enfants selon le type de violence suspectée par l'IP



c) Répartition des facteurs de risque selon l'âge et le sexe

Tableau 2 : Répartition des enfants selon l'âge et le sexe

	Témoins	**Cas**	**Total**
Age moyen	8,1	8,6	8,4
Age médian [q1 – q3]	8 [3,2 – 12]	9 [5,0 – 12]	8,4 [4,0 – 12]
Fille	55	84	139
Garçon	59	113	172

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'analyse univariée ne fait pas ressortir de différence entre les cas et les témoins dans la répartition globale par âge ou par sexe. **Le sexe n'est donc pas un FDR pour notre population.**

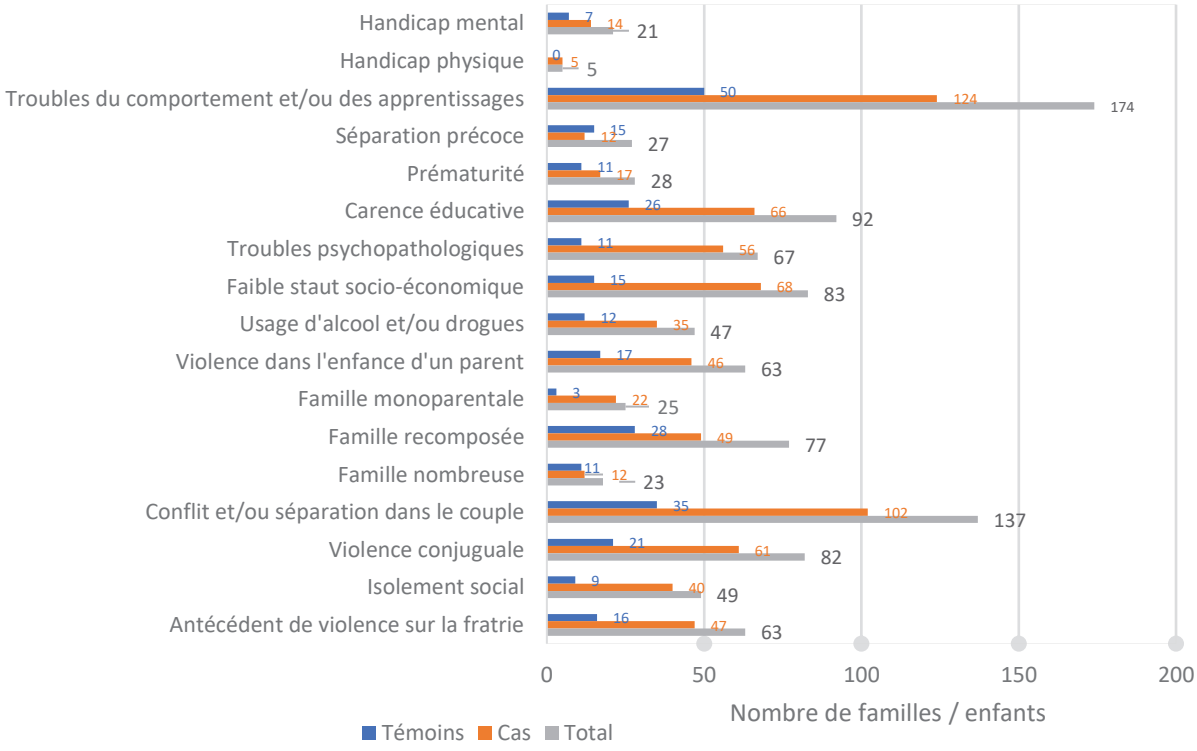
Par la suite, la répartition par classe d'âge a été faite ainsi :

- Petite enfance de 0 à 3 ans : 48 cas et 35 témoins,
- Age scolaire de 4 à 10 ans : 89 cas et 48 témoins,
- Adolescence de 11 à 18 ans : 61 cas et 30 témoins.

En répartissant les enfants en fonction des catégories d'âge, nous n'avons pas trouvé de différence entre les deux groupes. **L'âge n'est donc pas un facteur de risque significatif** dans notre étude, quelle que soit la tranche d'âge considérée.

d) Répartition globale des facteurs de risque

Figure 4 : Répartition des facteurs de risque présents



STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le taux de données non renseignées est important à prendre en compte pour l'analyse car les facteurs très peu renseignés, tels que la séparation précoce, la prématurité, l'usage de toxiques et les troubles psychopathologiques, peuvent impacter les résultats de l'étude.

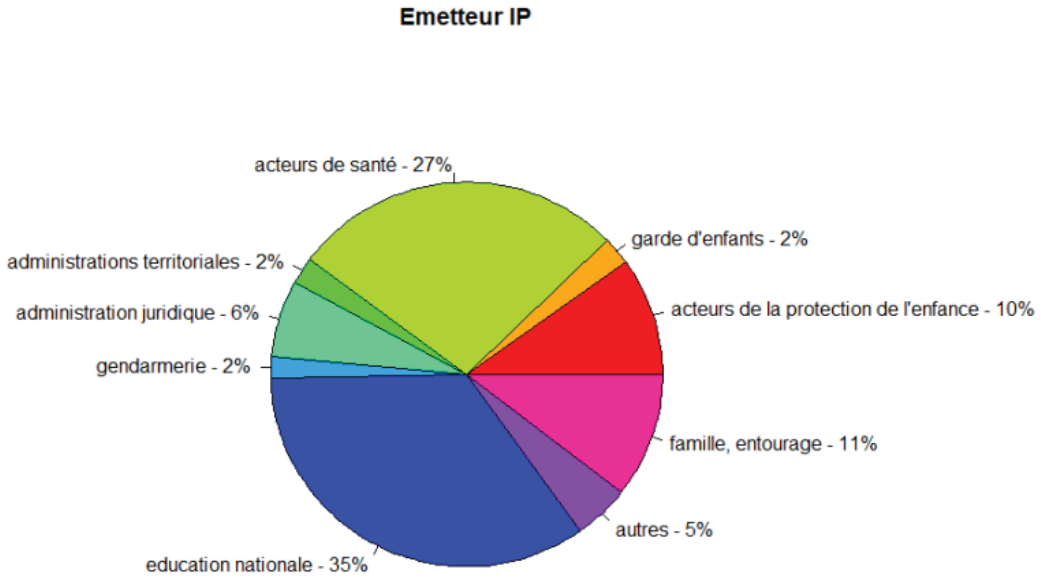
Tableau 3 : Taux de données non renseignées

	Témoins	**Cas**	**Total**
Âge	0%	0%	0%
Sexe	0%	0%	0%
Handicap mental	0%	0%	0%
Handicap physique	0%	0%	0%
Trouble du comportement et des apprentissages	0%	2,6%	1,7%
Séparation précoce	**87,2%**	**79,2%**	**78,5%**
Prématurité	**80,8%**	**81,8%**	**81,4%**
Carence éducative	1,8%	17,4%	12,3%
Troubles psychopathologiques	**59%**	**32,2%**	**41%**
Faible statut socio-économique	1,8%	7%	5,3%
Usage d'alcool et/ou drogues	**73,3%**	**66,1%**	**68,5%**
Violence dans l'enfance d'un parent	**51,8%**	**53,1%**	**52,7%**
Famille monoparentale	0%	0%	0%
Famille recomposée	0%	0%	0%
Famille nombreuse	0%	0%	0%
Conflit et/ou séparation dans le couple	3,6%	1,8%	2,4%
Violence conjugale	37,5%	14,8%	22,3%
Antécédent de violence dans la fratrie	1,8%	4,4%	3,6%
Isolement social	9%	19,2%	15,8%

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

e) Répartition selon le type d'émetteur de l'IP

Figure 3 : Répartition des émetteurs de l'IP



- Les acteurs de santé : les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMESOP), les Dispositifs Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (DITEP et ITEP), les Centres Médico Psychologique et Psycho-Pédagogiques (CMP et CMPP), les CMS, le service de protection maternelle et infantile (PMI), l'hôpital, les pédiatres et les médecins généralistes ;
- Les acteurs de la protection de l'enfance : les associations de protection de l'enfance, l'ASE, la CRIP, le SNATED, les travailleurs sociaux ;
- Les services de garde d'enfants : les assistantes maternelles, la crèche, le périscolaire ;
- Les administrations juridiques : le parquet, le procureur, le tribunal ;
- Les administrations territoriales : le conseil départemental, la mairie, l'Union Départementale des Associations familiales (UDAF) ;
- Autres : un mandataire judiciaire, des anonymes, le service logement.

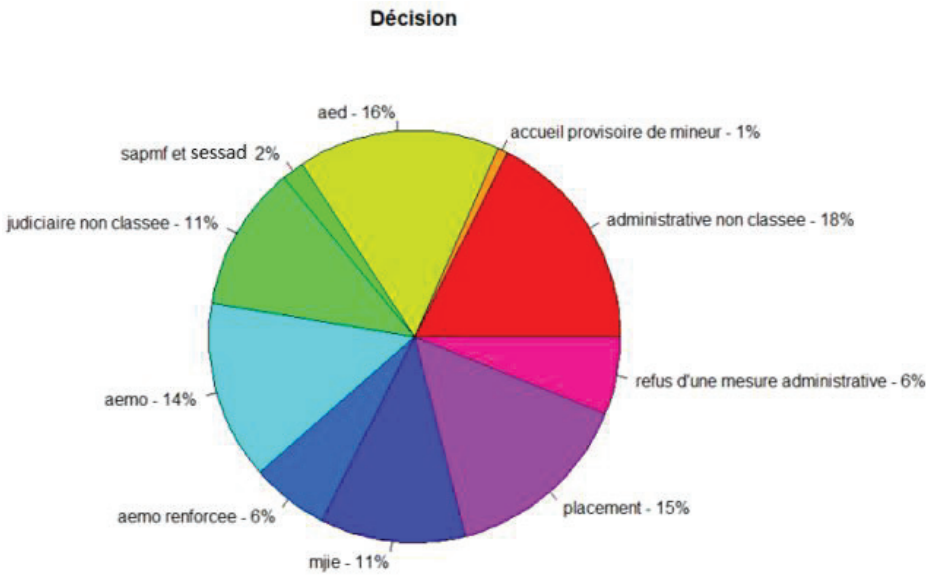
L'éducation nationale et les acteurs de santé représentent la majorité des émetteurs de ces IP, mais une seule information préoccupante a été émise par un médecin généraliste.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

f) Répartition selon le type de mesure préconisée par la CRIP chez les cas

Lorsque l'évaluation médico-sociale conclut à un danger ou risque de danger, une suite est préconisée par les travailleurs sociaux. Notre étude s'arrête à ce stade de la protection de l'enfance. Mais la mesure finalement appliquée peut différer de celle qui avait été préconisée initialement.

Figure 4 : Répartition selon le type de mesures préconisées



- AED : Aide Educative à Domicile (mesure administrative) ;
- Mesure administrative et judiciaire non classée : préconisation d'une mesure administrative ou judiciaire sans définir laquelle ;
- Refus d'une mesure administrative : mesure conseillée par l'ASE devant la mise en évidence d'un risque de danger et refusée par les parents ;
- Placement : mesure judiciaire visant à retirer l'enfant de son milieu familial ;
- MJIE : Mesure Judiciaire d'Investigation Educative visant à évaluer la situation d'un mineur pour aider le magistrat dans sa prise de décision ;
- AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert (mesure judiciaire) ;
- AEMO renforcée : mesure avec un rythme d'intervention plus soutenu ;
- SAPMF : Service d'Accompagnement Progressif en Milieu Familial (mesure administrative ou judiciaire) ;
- SESSAD : Service d'Education et de Soins Spécialisés A Domicile.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Statistiques analytiques

Tableau 4 : Variables significatives en analyse multivariée

Variable	**OR avec IC à 95%**	**p-value**
Conflit et/ou séparation dans le couple	9.4624 [4.0658 ; 22.0224]	<0.0001
Isolement social	5.5597 [2.7503 ; 11.2386]	<0.0001
Famille monoparentale	4.0169 [1.3556 ; 11.9027]	0.0121
Faible statut socio-économique	3.7127 [2.0603 ; 6.6906]	<0.0001
Troubles du comportement et/ou des apprentissages	2.1918 [1.3656 ; 3.5179]	0.0012
Antécédent de violence dans la fratrie	1.9885 [1.1311 ; 3.4957]	0.0169
Troubles psychopathologiques	1.7823 [1.0735 ; 2.9073]	0.04224
Séparation précoce	0.4454 [0.1976 ; 0.9936]	0.0497

Certains FDR sont ressortis statistiquement **significatifs en analyse univariée mais pas en analyse multivariée**. Autrement dit, une fois les facteurs de confusions pris en compte, ils n'étaient plus associés au danger ou au risque de danger.

Tableau 5 : Variables significatives uniquement en analyse univariée

Variable	Analyse	**Univariée**	**Multivariée**	
		p-value	**OR avec IC à 95%**	**p-value**
Carence éducative		< 0.01	1.3804 [0.7856 ; 2.4256]	0.2623
Violence dans l'enfance d'un parent		0.0407	1.4265 [0.8090 ; 2.5153]	0.2196
Famille nombreuse		0.0977	0.8395 [0.4399 ; 1.6022]	0.5958
Violence conjugale		0.0194	1.1399 [0.6088 ; 2.1344]	0.6825

Tableau 6 : Variables non significatives en analyse univariée

Variable	**p-value en analyse univariée**
Sexe	0.3380
Age	0.3709
Handicap mental	0.7435
Handicap physique	0.2002

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Prématurité	0.7621
Alcool / drogues	0.2157
Famille recomposée	0.3619

D. Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude a permis de trouver, dans la population de la Drôme des collines, une association significative entre 7 facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale et la mise en place de mesures administratives ou judiciaires, c'est-à-dire associées à un risque de danger ou à un danger pour l'enfant. Les FDR en lien avec la famille sont la monoparentalité, les conflits et la séparation dans le couple, la violence dans la fratrie et l'isolement. Ceux liés aux parents sont les troubles psychopathologiques et le faible statut socio-économique et celui associé à l'enfant est le trouble du comportement et des apprentissages.

Notre étude ne concerne que les cas de **maltraitance « les moins graves »** en raison de la méthode d'inclusion. En effet, les dossiers que nous avons recueillis à l'ASE représentent une population d'enfants en danger ou en risque de l'être. Les enfants considérés comme en danger immédiat ou avec une maltraitance avérée ne sont pas présents car la protection de l'enfant se fait alors directement par la voie du signalement. Pour des raisons de faisabilité, il ne nous était pas possible d'accéder aux dossiers judiciaires. Ceci peut être une cause de l'absence de significativité de certains FDR.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi **l'étude cas-témoins** car elle présente l'avantage de pouvoir étudier plusieurs facteurs de risque à la fois. Elle est particulièrement adaptée à l'étude de la maltraitance qui peut parfois présenter un certain temps de latence avant d'être repérée. Notre étude est de grade C avec un niveau 3 de preuve scientifique selon l'HAS. (82) Nous avons pu mettre en évidence des résultats **clairement significatifs** pour certains FDR avec une force d'association non négligeable.

Parmi les **forces** de notre étude, les classiques biais de déclaration ou de souvenir des études cas-témoins devraient avoir été limités par la méthode d'étude dans laquelle la

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

répartition en cas ou témoins est faite après le recueil des facteurs de risque. Par ailleurs, la réalisation de l'analyse de régression multivariée a permis la prise en compte des potentiels facteurs de confusion.

Un **biais de sélection** est présent dans notre étude car la sélection des témoins ne s'est pas faite au hasard au milieu de la population d'enfants de la Drôme des collines indemne de maltraitance, mais au sein d'une population dans laquelle il existait déjà des doutes sur cette notion. Les témoins risquent donc d'être différents de la population générale.

Un **biais de détection des facteurs de risque** existe. Dans notre étude, il y a pour certains facteurs (isolement ou trouble du comportement par exemple) une part de subjectivité lors de la lecture des évaluations, bien que nous ayons limité ce biais au maximum en créant un outil d'évaluation commun avec les définitions essentielles (*Voir annexe n°2*).

Un **biais de mauvaise classification** dans le groupe témoins ou cas est présent à minima car, comme dit précédemment, la maltraitance est parfois très complexe à repérer.

2. Discussion des résultats

La violence **psychologique** est la première violence qui ressort dans notre étude. Elle est rapportée pour 69% des enfants. Elle est suivie par la négligence (45% des enfants) puis par la violence physique (30%) et enfin par la violence sexuelle (7%). Cet ordre est le même que pour celui des informations préoccupantes réalisées par le SNATED en 2021 sur l'ensemble du territoire français. (18) Les résultats de la Drôme des collines sont donc concordants avec ceux retrouvés au niveau national.

Nos résultats sont également **concordants** avec une étude de méthode similaire réalisée à Grenoble en 2017, qui avait retrouvé une association significative entre 4 FDR et un risque avéré de danger, à savoir les troubles du comportement et des apprentissages, les troubles psychopathologiques, la séparation des parents et les antécédents de violence sur la fratrie. La principale différence entre ces deux études est le type de population puisque notre étude a été réalisée en milieu rural, dans la Drôme des collines, tandis que celle de Grenoble relevait d'un territoire urbain. (83)

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

La moyenne **d'âge** des enfants de notre étude est de 8,4 ans, la même que celle retrouvée dans le bulletin annuel du SNATED en 2020 (8,5 ans) à l'échelle de la France. (40) Nous ne retrouvons pas de surrisque de maltraitance dans notre étude en fonction de la classe d'âge. Cependant, nos analyses sont faites sur tous les types de maltraitance confondus, ce qui n'exclut donc pas une prédominance de la violence physique chez les enfants en bas âge ou de la violence sexuelle chez les adolescents comme certaines données le rapportent. De même pour le **sexe** en tant que FDR : nos analyses ne différenciaient pas les sous-types de maltraitances et nous n'avons pas retrouvé de différence entre les cas et les témoins dans la répartition par sexe.

Le facteur « **conflit et séparation au sein du couple** » ressort en premier dans notre étude. En France, selon le rapport de l'ODAS, les conflits parentaux sont le deuxième facteur de mauvais traitements le plus important (30% des enfants signalés en 2004, 22% en 2006). (39) Il a été identifié comme facteur prédictif de maltraitance dans une méta-analyse en 2006. (49) Il est source de violences psychologiques pour un enfant car ce dernier est pris entre deux parties qui s'opposent au lieu de s'unir.

Intuitivement, dans une population où le facteur conflictuel ressort largement significatif, la suite logique serait que la **violence conjugale** le soit aussi. Alors pourquoi est-ce que ce n'est pas le cas ? Potentiellement car la gravité de ce facteur engendre d'emblée un recours aux voies judiciaires. De plus, 22% des évaluations ne permettent pas de trancher sur l'existence ou non d'une violence conjugale, parfois douteuse aux yeux des évaluateurs. Néanmoins, il faut noter que certaines études n'ont pas retrouvé d'association statistique. (46) C'est l'exemple d'une étude cas-témoins aux Etats-Unis qui recherchait un surrisque de maltraitance grave chez les familles suivies en protection de l'enfance. (38) Dans le rapport annuel du SNATED de 2021, la violence au sein du couple était associée, dans 88% des cas, à des situations de violence psychologique, physique ou de négligence. (18) Gardons à l'esprit ce facteur car il est fort probable que notre résultat soit surtout lié au biais de sélection des enfants courant un moindre danger.

Concernant l'**isolement social**, il ressort en 2ème position de nos FDR significatifs (OR = 5,5). Une définition et un rappel de son effet délétère nous a été donnée par l'HAS dans un rapport en 2011 sur la reconnaissance des maltraitances sexuelles. Elle énonçait comme

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

situation à risque « un mode de fonctionnement familial replié sur lui-même : peu ou pas de relations sociales avec l'extérieur, refus d'intervention extérieure, absence d'implication dans la vie communautaire locale, etc. » (84) Ce facteur était cependant non mentionné dans 15% des évaluations.

La **monoparentalité** apparaît en 3ème position de nos FDR. Dans notre étude, 19% des cas sont des familles monoparentales. Ce résultat est proche des chiffres nationaux pour la même année (2021) : 24,4% des familles pour lesquelles une information préoccupante a été réalisée étaient monoparentales. (18) Ce résultat devrait nous inciter à renforcer notre soutien envers les pères et mères élevant seul leur(s) enfant(s).

Dans notre étude, le **contexte socio-économique défavorable** ressort comme un facteur de risque avec un OR à 3,7 ($p < 0.0001$) et est en 4ème position des facteurs de risque. Pour le définir nous nous sommes basées sur les revenus du foyer. Ce résultat est en accord avec les données recensées par l'ODAS en 2006 puisque la précarité économique ressortait en 3ème position d'après les données. (39) Pour autant, ce facteur reste très controversé et il ne faudrait pas qu'il conduise à stigmatiser les familles les plus précaires alors qu'il est bien établi que la maltraitance traverse toutes les classes sociales. Elle est d'ailleurs plus facilement cachée dans les classes sociales aisées. Selon le Dr Anne Tursz, les facteurs psycho-affectifs prédominent largement sur les facteurs socio-économiques. (5)

Les **troubles du comportement et/ou des apprentissages** ressortent significatifs, comme dans une étude similaire réalisée en 2017. (83) Cependant, il convient de rappeler que notre étude ne nous permet pas d'établir un lien de causalité. Il ne nous est donc pas possible de savoir si ces troubles sont la cause ou la conséquence de ces violences.

Ces troubles sont présents chez environ trois enfants sur sept (43%) parmi les témoins. Cette prévalence relativement élevée peut questionner sur la représentativité du groupe témoin par rapport à la population générale. En effet, selon l'INSERM, 15 à 20% des enfants sont confrontés à des difficultés d'apprentissage (lecture, expression écrite, orale, calcul, concentration). (85) Selon le DSM 5 (Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux), le trouble du comportement regroupe le trouble des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation. Le trouble des conduites est présent chez 2% des enfants entre 5 et 12 ans et 3 à 9% entre 13 et 18 ans. Concernant le trouble oppositionnel, d'après

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

les études internationales, sa prévalence est de 3 à 4% entre 5 et 12 ans et de 1 à 3% entre 13 et 18 ans. (86)

Au final, il semble donc y avoir une différence avec la population générale, mais dont l'ampleur est difficile à évaluer précisément. Les évaluations médico-sociales manquent sûrement d'outils pour bien définir ces troubles. Un bilan orthophonique ou un diagnostic par des pédopsychiatres n'est pas toujours disponible ou possible au moment de l'évaluation, pouvant ainsi conduire à une appréciation subjective ou imprécise.

Notre étude suppose donc que ces troubles sont des facteurs de risque, ce qui est confirmé par des études disposant de moyens plus fiables pour les diagnostiquer, comme celle de Sullivan et Knuston dans laquelle un enfant présente un surrisque de maltraitance de 37,4% en cas de trouble du comportement et de 16,4% en cas de troubles des apprentissages. (87)

Les **troubles psychopathologiques** (chez au moins un parent) ressortent significatifs mais avec un faible niveau de preuve : la borne inférieure de l'intervalle de confiance est de 1.07 (presque non significatif) et le taux de données non renseignées de 41%. Cependant, de nombreuses études ont mis en évidence cette association, dont certaines récentes et avec de forts niveaux de preuve. (33)

Un **antécédent de violence dans la fratrie** est significativement associé à un risque de danger ou à un danger dans notre population d'étude. C'est pour cela qu'il est indispensable d'évaluer tous les enfants de la famille lorsqu'une évaluation médico-sociale est faite.

La **séparation précoce** ressort paradoxalement comme un facteur protecteur dans notre étude (OR = 0.4454 [0.1976 ; 0.9936]) bien que la limite haute de l'intervalle de confiance soit très proche de la valeur 1 (donc presque non significatif). Mais cette variable n'était renseignée que dans 21% des évaluations médico-sociales. Elle est manifestement peu recherchée puisqu'elle était déjà peu renseignée dans l'étude similaire réalisée à Grenoble. (83)

La qualité du lien affectif précoce est primordiale. En effet, comme le rappelle le psychiatre John Bowlby, l'attachement fait partie des besoins primaires de l'enfant, au même titre que dormir ou manger. (45) Pour qu'il puisse se développer et explorer le monde, il est essentiel qu'il trouve sécurité et réconfort dans un lien privilégié avec un adulte. (88) Ainsi, les

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

situations qui vont générer des troubles de l'attachement sont associées à un risque accru de maltraitance infantile. Le Dr Tursz met en alerte sur des signes identifiés depuis longtemps chez les parents maltraitants tels que les carences affectives, l'immaturité, la dépression, l'intolérance, le sentiment d'être inapproprié. (89)

Devant les données de la littérature rappelant le rôle des troubles de l'attachement dans la maltraitance et le fait que, dans notre étude, la présence d'une séparation précoce était majoritairement non renseignée, nous ne pouvons pas extrapoler ce résultat. Des interactions précoces de qualité sont indispensables au bon développement et à l'épanouissement de l'enfant.

De même, la variable **prématurité** n'était pas renseignée dans 81% des dossiers. Son résultat non significatif ne peut donc être extrapolé.

Le **handicap**, qu'il soit mental ou physique, ne ressort pas comme un FDR de maltraitance dans notre étude alors que le recueil y était exhaustif. Mais ce résultat est très probablement biaisé par le recours direct au signalement. En effet, le handicap représente une circonstance aggravante, qui accroît la vulnérabilité déjà existante de l'enfant.

La **carence éducative**, après prise en compte des facteurs de confusion, ne ressortait pas significativement associée à la maltraitance. Ce facteur était relativement bien renseigné dans les évaluations (87%). Il était défini dans notre étude par le fait de ne pas avoir le niveau Bac pour les deux parents (ou pour le parent avec lequel l'enfant vit). Parmi les personnes vivant dans la Drôme, en 2019 53% des personnes de plus de 15 ans non scolarisées n'avaient pas le niveau Bac, contre 46% pour le groupe de nos témoins. En résumé, dans notre étude, le niveau d'étude ne semble pas avoir d'influence sur la maltraitance.

Pour aller plus loin, la carence éducative est le premier facteur de risque dans le rapport de l'ODAS en 2007. Mais sa définition est basée sur d'autres critères : « absence de repères, immaturité, difficultés à se distancier en tant que parent ou incidences du mode de vie sur la disponibilité envers ses enfants. » (39) Ces critères auraient étés complexes à recueillir dans les évaluations.

La recherche d'un **trouble de l'usage de substances**, englobant à la fois l'alcool et les drogues, n'est peut-être pas suffisamment réalisée lors des évaluations médico-sociales pour

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

ressortir dans notre étude. En effet, il a été recueilli chez seulement 54 familles soit dans 31% des évaluations.

De même, la **violence dans l'enfance d'un parent** est un facteur de risque étayé de transmission intergénérationnelle de la maltraitance. (29,58) Pourtant dans notre étude, il ne ressort pas significatif après prise en compte des facteurs confondants. Mais cette variable n'était renseignée que dans un dossier sur deux.

La **structure familiale** fait partie des critères où le recueil de données est de 100%. Les variables familles **nombreuses** et **recomposées** ne sont pas ressorties significatives dans notre étude, alors qu'elles l'étaient dans d'autres qui avaient des critères moins restrictifs pour définir une famille nombreuse, comme un nombre de trois enfants (contre quatre pour nous). (38, 54)

3. Limites des évaluations médico-sociales

Le faible taux de renseignement des variables séparation précoce, prématurité, usage d'alcool ou de drogues et violence dans l'enfance d'un parent nous permettent d'aborder une des limites des évaluations médico-sociales : leur trop grande **hétérogénéité**. Ce n'est qu'en 2021 que l'HAS a proposé le premier référentiel national concernant l'évaluation des situations d'enfants en danger destiné aux acteurs de la protection de l'enfance impliqués dans le traitement des informations préoccupantes. (91) L'objectif était **d'harmoniser** les pratiques sur l'ensemble du territoire en travaillant avec des outils communs, afin d'éviter des inégalités de traitement des situations, pouvant être à l'origine d'une perte de chance inadmissible en matière de maltraitance infantile.

Uniformiser la **formation** des acteurs de la protection de l'enfance semble essentiel, mais il convient également de **sensibiliser tous les professionnels** qui travaillent avec les enfants (école, assistante maternelle, institut médicoéducatif) ainsi que les médecins (gynécologues, pédiatres…), et notamment les médecins généralistes, car ils interviennent dès la grossesse et suivent ensuite l'enfant de manière régulière tout au long de sa croissance. Ils occupent une place privilégiée au sein des familles grâce à une relation de confiance souvent

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

établie depuis des années. Ils sont fréquemment les premiers interlocuteurs en cas de difficultés. Renforcer leurs connaissances sur la maltraitance infantile pourrait permettre de limiter les freins au dépistage et ainsi d'en améliorer le repérage précoce.

Une autre limite des évaluations, engendrant cette fois un biais de classement, est la **mauvaise appréciation des risques**. La mission sur les morts violentes d'enfants retrouve des lacunes dans près d'un tiers des cas dans la façon dont les services sociaux évaluent le danger auquel est exposé l'enfant, notamment lors de l'évaluation demandée par la CRIP. Les causes sont multiples : une conception erronée du danger, réduit à la maltraitance physique, une minimisation de certains signaux d'alerte, tels que les violences conjugales ou les troubles de l'attachement. De plus, l'accompagnement des parents semble parfois prédominer sur la protection de l'enfant, surtout si les parents donnent l'impression d'être coopératifs. En somme, les professionnels de l'enfance ont parfois du mal à dépasser leurs inquiétudes et à qualifier la nature et le degré du danger. (3)

Enfin, il est parfois difficile pour les évaluateurs de conclure ou non à la présence de **diagnostics médicaux**. Nous l'avons évoqué avec le cas des troubles des apprentissages et du comportement, mais c'est également le cas pour les troubles psychopathologiques et les addictions. Ils requièrent une expertise spécialisée et il n'est pas toujours aisé de se prononcer dessus lorsque le diagnostic n'a pas été clairement établi ou rapporté par la famille.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. Emetteurs des informations préoccupantes

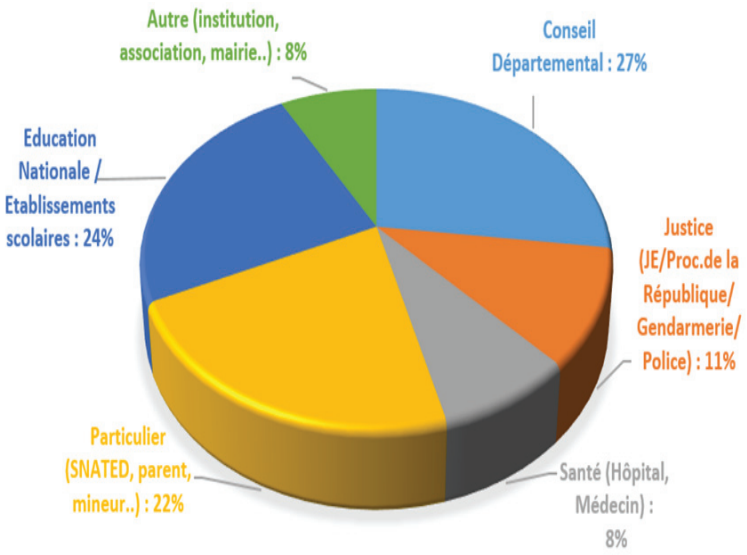


Figure 5 : Provenance des informations préoccupantes en 2021 dans la Drôme

Ce diagramme provient des statistiques de la CRIP de la Drôme. Il présente la répartition des émetteurs d'informations préoccupantes dans la Drôme sur l'année 2021. Il comptabilise 1 646 informations dont 1 030 ont finalement été jugées préoccupantes. En comparaison, nos données sont faites uniquement sur les informations qualifiées de préoccupantes, sur une partie du même département et sur les sept premiers mois de cette même année (171 dossiers au total).

L'éducation nationale reste le premier des émetteurs. Les **acteurs de santé**, eux, représentent une plus grande part quand on ne s'intéresse qu'aux informations dites préoccupantes : s'ils ont émis 8% des informations sur le département, c'est à eux que reviennent 27% des informations jugées finalement préoccupantes dans la Drôme des collines. A l'inverse, pour **l'entourage** de l'enfant (les particuliers), le pourcentage se divise par deux quand on ne s'intéresse qu'aux informations qualifiées de préoccupantes.

Notre étude ne retrouve qu'une seule information préoccupante faite par un médecin généraliste. Ce constat avait déjà été fait dans l'étude grenobloise de 2017. (83) Pourtant, le médecin généraliste occupe une place centrale au sein du foyer familial. De nombreuses études se sont déjà intéressées aux **freins au dépistage** chez les médecins généralistes, et notamment en Drôme-Ardèche. (80) La méconnaissance des avancées récentes a été pointée

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

: information préoccupante, CRIP, protection législative totale du médecin. La crainte des médecins d'avoir des poursuites judiciaires est réelle. Par ailleurs, leur vision de la maltraitance est trop souvent limitée à la violence physique. Enfin il existe également un sentiment de distance vis-à-vis des services sociaux, de peur de la famille et des attitudes telles que le déni ou la minimisation de la maltraitance.

5. Contexte particulier post COVID-19

Il est important de rappeler que notre recueil de données s'inscrit dans une période particulière faisant **suite à la pandémie de la COVID-19**. Les périodes de confinement ont fortement modifié les habitudes de vie de la population. Les familles en ont été grandement impactées car, n'ayant plus accès aux services de gardes d'enfants, les parents ont dû assurer, en parallèle de leur travail au domicile, la surveillance de leurs enfants. Ces situations ont généré une source de stress supplémentaire.

De nombreuses études ont alerté sur la **recrudescence importante des violences** intrafamiliales et de la maltraitance infantile pendant les périodes de confinement. (92,93) Une étude française retrouve notamment une plus grande proportion d'hospitalisations pour violences physiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans. (94) Ces résultats concordent avec les chiffres du 119 concernant le premier confinement de mars à mai 2020, retrouvant une hausse de plus de 50% des appels par rapport à 2019, ainsi qu'une augmentation de 30% des informations préoccupantes transmises aux services de protection de l'enfance. (95)

L'isolement au domicile et la peur d'être contaminé par le virus ont renforcé certains facteurs de risque de maltraitance tels que les **troubles de la santé mentale** chez les parents (plus d'anxiété et de dépression) ou l'abus **d'alcool**. (96) La crise sanitaire a également accentué **l'insécurité financière**, surtout pour les populations vulnérables, liée notamment à la perte d'emploi ou à la baisse des revenus. (94) Enfin, la fermeture des collectivités, des écoles et des services sociaux a fortement limité le repérage des situations de danger ainsi que l'aide et le soutien des familles.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

6. Perspectives d'avenir

L'idéal serait de réaliser des **études similaires** dans différents territoires, sur une population plus importante et pendant une période plus longue. Le recueil de données pourrait se faire directement au contact des familles grâce à une grille précise, afin de limiter le taux de données non renseignées. Pour certains facteurs, il faudrait des définitions plus larges. Pour d'autres, une méthode d'étude différente serait plus appropriée, incluant notamment les services judiciaires, ce qui permettrait une meilleure représentativité de la population d'enfants maltraités.

Ces études pourraient concourir à l'élaboration d'un **score de repérage de la maltraitance** infantile applicable en médecine générale, qui pourrait même être ajouté au carnet de santé. Des travaux de recherche en ce sens ont déjà été initiés (97), et il conviendrait de les poursuivre afin de trouver un score valide et ayant une bonne faisabilité en consultation de médecine générale.

Il est indispensable de renforcer les connaissances des professionnels travaillant au contact des enfants pour améliorer le repérage de la maltraitance. Pour cela, il conviendrait d'améliorer les **formations** et d'encourager le travail en équipe pour lutter contre le cloisonnement et ses effets néfastes. Comment guider les familles dans leur projet parental ? Comment les **accompagner** tout au long de leur parcours, depuis leur désir de procréer jusqu'à l'éducation de leurs enfants ? Ces thématiques sont essentielles à aborder et à consolider, notamment pour les médecins généralistes qui occupent une place de choix dans le soutien à la parentalité.

Enfin, intensifier la **prévention primaire** en encourageant l'éducation bienveillante et le suivi régulier de l'enfant, si possible avec un médecin référent, est primordial. L'actualisation récente, en mars 2022, du contenu du carnet de santé introduit des notions fondamentales pour les parents, qui étaient jusqu'alors absentes, telles qu'éduquer ses enfants sans violence, ne pas secouer son enfant ou demander de l'aide à son médecin en cas de besoin. (98) Ces évolutions encourageantes sont à poursuivre.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSION

La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique, tant les répercussions sont graves et irréversibles sur l'enfant et l'adulte en devenir. Son repérage par le monde médical reste un sujet délicat qui ne pourrait qu'être amélioré par une meilleure connaissance des contextes à risque. Ainsi, nous avons étudié les facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale dans la Drôme des collines parmi une population d'enfants ayant bénéficié d'une information préoccupante entre janvier et juillet 2021.

Dans notre étude cas-témoin, les cas concernaient les enfants pour lesquels un danger ou un risque de danger était mis en évidence lors de l'évaluation médico-sociale, et les témoins étaient ceux pour lesquels aucun risque n'était montré au moment de l'évaluation.

L'étude s'est portée sur 171 familles comprenant 311 enfants. Elle a mis en évidence une association statistique avec huit facteurs de risque : conflit et/ou séparation dans le couple (OR = 9.4624 [4.0658 ; 22.0224] et p-value <0.0001), isolement social (OR = 5.5597 [2.7503 ; 11.2386] et p-value <0.0001), famille monoparentale (OR = 5.5597 [2.7503 ; 11.2386] et p-value = 0.0121), faible statut socio-économique (OR = 3.7127 [2.0603 ; 6.6906] et p-value <0.0001), troubles du comportement et/ou des apprentissages (OR = 2.1918 [1.3656 ; 3.5179] et p-value = 0.0012), antécédent de violence dans la fratrie (OR = 1.9885 [1.1311 ; 3.4957] et p-value = 0.0169), troubles psychopathologiques (OR = 1.7823 [1.0735 ; 2.9073] et p-value = 0.04224) et séparation précoce (OR = 0.4454 [0.1976 ; 0.9936] et p-value = 0.0497).

Deux facteurs significatifs sont à nuancer dans notre étude. Les troubles psychopathologiques ne sont pas suffisamment renseignés (41% de non renseignés). Paradoxalement, la séparation précoce est ressortie significative, mais comme facteur protecteur. Là encore, ce résultat n'est pas suffisamment renseigné (une fois sur cinq). Il est désormais établi dans la littérature que la qualité des liens précoces est essentielle au bon développement de l'enfant et que la maltraitance dépend principalement de facteurs psycho-affectifs, tels que les troubles de l'attachement.

La violence psychologique (69% des enfants) et la négligence (45%) étaient le plus fréquemment rapportées par les informations préoccupantes. L'éducation nationale (35%) et

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

les acteurs de santé (27%) représentent la majorité des émetteurs d'informations préoccupantes, mais une seule information préoccupante a été émise par un médecin généraliste.

Les conflits et/ou séparation au sein du couple, l'isolement social, la monoparentalité, le faible statut socio-économique, les troubles du comportement et/ou des apprentissages et les antécédents de violence dans la fratrie font partie des données probantes de notre étude avec une p-value < 0.05 et dont le lien avec la maltraitance infantile est confirmé par d'autres études.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Nom, prénom du candidat : Adeline STOCKER

CONCLUSIONS

La maltraitance infantile est un problème majeur de santé publique, tant les répercussions sont graves et irréversibles sur l'enfant et l'adulte en devenir. Son repérage par le monde médical reste un sujet délicat qui ne pourrait qu'être amélioré par une meilleure connaissance des contextes à risque. Ainsi, nous avons étudié les facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale dans la Drôme des collines parmi une population d'enfants ayant bénéficié d'une information préoccupante entre janvier et juillet 2021.

Dans notre étude cas-témoin, les cas étaient les enfants pour lesquels un danger ou un risque de danger était mis en évidence lors de l'évaluation médico-sociale, et les témoins étaient ceux pour lesquels il n'était pas montré de risque au moment de l'évaluation.

L'étude a comptabilisé 171 familles comprenant 311 enfants. Elle a mis en évidence une association statistique avec huit facteurs de risque : conflit et/ou séparation dans le couple (OR = 9.4624 [4.0658 ; 22.0224] et p-value <0.0001), isolement social (OR = 5.5597 [2.7503 ; 11.2386] et p-value <0.0001), famille monoparentale (OR = 5.5597 [2.7503 ; 11.2386] et p-value = 0.0121), faible statut socio-économique (OR = 3.7127 [2.0603 ; 6.6906] et p-value <0.0001), troubles du comportement et/ou des apprentissages (OR = 2.1918 [1.3656 ; 3.5179] et p-value = 0.0012), antécédent de violence dans la fratrie (OR = 1.9885 [1.1311 ; 3.4957] et p-value = 0.0169), troubles psychopathologiques (OR = 1.7823 [1.0735 ; 2.9073] et p-value = 0.04224) et séparation précoce (OR = 0.4454 [0.1976 ; 0.9936] et p-value = 0.0497).

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Deux facteurs significatifs sont à nuancer dans notre étude. Les troubles psychopathologiques ne sont pas suffisamment renseignés (41% de non renseignés). Paradoxalement, la séparation précoce est ressortie significative mais comme facteur protecteur. Là encore ce résultat n'est pas suffisamment renseigné (une fois sur cinq). Il est désormais établi dans la littérature que la qualité des liens précoces est essentielle au bon développement de l'enfant et que la maltraitance dépend principalement de facteurs psycho-affectifs, tels que les troubles de l'attachement.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITÉ DE LYON

Université Claude Bernard Lyon 1

La violence psychologique (69% des enfants) et la négligence (45%) étaient le plus fréquemment rapportées par les informations préoccupantes. L'éducation nationale (35%) et les acteurs de santé (27%) représentent la majorité des émetteurs d'informations préoccupantes, mais une seule information préoccupante a été émise par un médecin généraliste.

Les conflits et/ou séparation au sein du couple, l'isolement social, la monoparentalité, le faible statut socio-économique, les troubles du comportement et/ou des apprentissages et les antécédents de violence dans la fratrie font partie des données probantes de notre étude avec une p-value < 0.05 et dont le lien avec la maltraitance infantile est confirmé par d'autres études.

Le Président de la thèse,
Professeur Laurent FANTON

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST LYON

Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 30 MARS 2023

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

BIBLIOGRAPHIE

1. ONPE - Chiffrer les maltraitances infantiles intrafamiliales. Quels enjeux pour quelles données ? [Internet]. 2022 déc [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffrer_les_maltraitances_web.pdf

2. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. Pediatrics. mars 2016;137(3):e20154079.

3. Compagnon C, Del Volgo B, Thomas F. Mission sur les morts violentes d'enfants au sein des familles - Evaluation du fonctionnement des services sociaux, médicaux, éducatifs et judiciaires concourant à la protection de l'enfance [Internet]. 2018 mai. Disponible sur: file:///C:/Users/Adeline/Downloads/IGAENR-IGAS-IGJ-rapport-2018-044-Mission-morts-violentes-enfants-familles_957353.pdf

4. Sanchez JL. ODAS - Définition de l'enfant en danger [Internet]. Observatoire national de l'action sociale décentralisée; 2015 [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: https://odas.net/actualites/definition-de-lenfant-en-danger

5. Dr Tursz A. 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. [Internet]. Paris, Sénat; 2013 juin p. 9. Disponible sur: https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-rapportthematique-maltraitanceenfants-synthese-2014.pdf

6. Rebeyrotte S. Identification des situations à risques de maltraitance infantile intrafamiliale chez le mineur à partir d'une revue systématique de la littérature. Outil de repérage rapide à destination du médecin g (1).pdf. [Faculté de médecine de Strasbourg]: Strasbourg; 2016.

7. ONU. Article 19 de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant [Internet]. nov 20, 1989. [cité 6 déc 2022] Disponible sur: https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child

8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. OMS - Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.

9. Article 375 du Code Civil [Internet]. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136798

10. Journal Officiel de la République française n°55 du 6 mars 2007. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. 2007-293 mars 5, 2007. [cité 6 déc 2022] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100/

11. Butchart A, Phinney Harvey A. Organisation mondiale de la Santé - Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données [Internet].

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2006 [cité 6 déc 2022]. 84 p. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43686

12. Poizat A. L'enfant exposé aux violences conjugales : expérience clinique d'une pédopsychiatre. 2018;21:10.

13. HAS. Fiche Mémo - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 oct [cité 13 nov 2022] p. 12. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf

14. Tursz A. La maltraitance envers les enfants: Qu'en sait-on actuellement en France? Cah Dyn. 2015;66(4):17.

15. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The Lancet. [cité 3 janv 2009] ;373(9657):68-81.

16. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2014;62(5):299-312.

17. Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. [cité 6 déc 2022]

18. Etude statistique de l'activité du 119 - Année 2021 [Internet]. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/20221121_etude_annuelle_snated_2021_vf.pdf

19. Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance. Seizième rapport au Gouvernement et au parlement - La santé des enfants protégés [Internet]. 2022. Disponible sur: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2022_v5_0.pdf

20. World Health Organization. Maltraitance des enfants [Internet]. 2022 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment

21. Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 22 mars 2019;(BEH 26-27):520-5.

22. Pitard A. HAS - Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. [Internet]. [cité 24 janvier 2023]. Haute Autorité de Santé; 2017 juill p. 46. Disponible sur: Haute Autorité de santé

23. Conséquences à long terme de la maltraitance dans l'enfance [Internet]. Institut National de Santé publique, Québec. 2018 [cité 5 févr 2023]. Disponible sur:

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/consequences-court-et-long-terme-de-la-maltraitance

24. De Becker E. Discussion des notions de victime et de traumatisme en lien aux situations de maltraitance d'enfants. Psychothérapies. 2016;36(2):111-22.

25. De Becker E, Leurquin F. L'impact des maltraitances physiques infantiles. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2010;168(10):746-51.

26. Cyrulnik B, Benachi A, Filliozat I. Les 1000 premiers jours, là où tout commence. [Internet]. 2020 sept [cité 8 mai 2022] p. 130. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf

27. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse : a longitudinal community study. Child Abuse Negl. août 1996;20(8):709-23.

28. Teicher MH, Samson JA. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. Am J Psychiatry. oct 2013;170(10):1114-33.

29. De Becker E, Chapelle S, Verheyen C. Facteurs de risque et de protection de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance à l'égard des enfants. Perspect Psy. 2014;53(3):211-24.

30. Durrant J, Ensom R. Physical punishment of children: lessons from 20 years of research. CMAJ Can Med Assoc J. 4 sept 2012;184(12):1373-7.

31. Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligence : (2) prévention et principes de prise en charge. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2014;62(5):313-25.

32. Institut national de santé publique du Québec. La violence et la maltraitance envers les enfants [Internet]. 2018 [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants

33. Doidge JC, Higgins DJ, Delfabbro P, Segal L. Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. Child Abuse Negl. févr 2017;64:47-60.

34. World Health Organization. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données / Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Prev Child Maltreatment Guide Tak Action Gener Evid [Internet]. 2006 [cité 7 mai 2022]; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43686

35. Dissanaike S, Wishnew J, Rahimi M, Zhang Y, Hester C, Griswold J. Burns as child abuse: risk factors and legal issues in West Texas and Eastern New Mexico. J Burn Care Res Off Publ Am Burn Assoc. 2010;31(1):176-83.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

36. Tursz A. Les morts violentes de nourrissons : trajectoires des auteurs, traitements judiciaires des affaires [Internet]. Observatoire National de l'Enfance en Danger - Inserm-CNRS; 2011 févr p. 121. [cité 13 décembre 2022]. Disponible sur: https://www.oned.gouv.fr/system/files/ao/rapport_tursz_ao2007.pdf

37. Karissa Hughes. SACHS Review of literature. Child maltreatment fatalities. Risk factors and lessons learned. San Diego State University. 2010. [Internet]. 2010. Disponible sur: https://theacademy.sdsu.edu/wp-content/uploads/2015/02/SACHS-Child-Fatalities-Literature-Review-Feb-2010.pdf

38. Miyamoto S, Romano PS, Putnam-Hornstein E, Thurston H, Dharmar M, Joseph JG. Risk factors for fatal and non-fatal child maltreatment in families previously investigated by CPS: A case-control study. Child Abuse Negl. janv 2017;63:222-32.

39. Avenard G, Dottori S, Padieu C. La lettre de l'Odas - Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs [Internet]. 2007 [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: https://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/odas_protection_enfance_vulnerabilite_familles_coordination_acteurs.pdf

40. SNATED. Activité du 119 en 2020 [Internet]. 2022 [cité 7 mai 2022]. Disponible sur: https://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/bulletin_du_119-defdef.pdf

41. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse Negl. oct 2000;24(10):1257-73.

42. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. The Lancet. 8 sept 2012;380(9845):899-907.

43. Spencer N. Child abuse registration, fetal growth, and preterm birth : a population based study. J Epidemiol Community Health. 1 avr 2006;60(4):337-40.

44. Hurme T, Alanko S, Anttila P, Juven T, Svedström E. Risk factors for physical child abuse in infants and toddlers. Eur J Pediatr Surg Off J Austrian Assoc Pediatr Surg Al Z Kinderchir. déc 2008;18(6):387-91.

45. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume 1, Attachment. London, U.K.: Pimlico, 1968.

46. Sidebotham P, Heron J, ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the « children of the nineties »: a cohort study of risk factors. Child Abuse Negl. mai 2006;30(5):497-522.

47. Peter Kress C. Connaissance des facteurs de risque de maltraitance infantile en médecine générale [Internet] [Etude descriptive quantitative]. [Faculté de médecine]: Strasbourg; 2018. Disponible sur: file:///C:/Users/inesl/Downloads/2018_PETER-KRESS_Caroline.pdf

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

48. Sidebotham P, Golding J, ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Child maltreatment in the « children of the nineties » a longitudinal study of parental risk factors. Child Abuse Negl. sept 2001;25(9):1177-200.

49. Hindley N. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. 1 sept 2006;744-52.

50. Liel C, Ulrich SM, Lorenz S, Eickhorst A, Fluke J, Walper S. Risk factors for child abuse, neglect and exposure to intimate partner violence in early childhood: Findings in a representative cross-sectional sample in Germany. Child Abuse Negl. août 2020;106:104487.

51. Liel C, Eickhorst A, Zimmermann P, Stemmler M, Walper S. Fathers, mothers and family violence: Which risk factors contribute to the occurrence of child maltreatment and exposure to intimate partner violence in early childhood? Findings in a German longitudinal in-depth study. Child Abuse Negl. janv 2022;123:105373.

52. Vial A, van der Put C, Stams GJJM, Kossakowski J, Assink M. Exploring the interrelatedness of risk factors for child maltreatment: A network approach. Child Abuse Negl. sept 2020;107:104622.

53. Lane WG, Rubin DM, Monteith R, Christian CW. Racial differences in the evaluation of pediatric fractures for physical abuse. JAMA. 2 oct 2002;288(13):1603-9.

54. Parrish JW, Young MB, Perham-Hester KA, Gessner BD. Identifying risk factors for child maltreatment in alaska. Am J Prev Med. juin 2011;40(6):666-73.

55. Morris MC, Marco M, Maguire-Jack K, Kouros CD, Im W, White C, et al. County-level socioeconomic and crime risk factors for substantiated child abuse and neglect. Child Abuse Negl. avr 2019;90:127-38.

56. Goldberg AE, Blaauw E. Parental substance use disorder and child abuse: risk factors for child maltreatment? Psychiatry Psychol Law. 2 nov 2019;26(6):959-69.

57. Dixon L, Browne K, Hamilton-Giachritsis C. Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). J Child Psychol Psychiatry. janv 2005;46(1):47-57.

58. Bartlett JD, Kotake C, Fauth R, Easterbrooks MA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? Child Abuse Negl. janv 2017;63:84-94.

59. Chang L, Dong M, Yu R, Sun C, Zeng L. Current status and associated risk factors of child abuse on children aged 7-12 in rural areas of Ningxia. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi. août 2014;35(8):913-6.

60. Filion F, Lachapelle M, Gagné LM, Gagné MH. Which risk factors for child maltreatment predict mothers' enrollment in a parenting support program? Prev Sci Off J Soc Prev Res. nov 2020;21(8):1007-16.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

61. Paavilainen E, Åstedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, Laippala P. Risk factors of child maltreatment within the family: towards a knowledgeable base of family nursing. Int J Nurs Stud. juin 2001;38(3):297-303.

62. Santé publique France. Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/notices/violences-envers-les-femmes-et-etat-de-sante-mentale-resultats-de-l-enquete-enveff-2000

63. Martinez-Torteya C, Anne Bogat G, von Eye A, Levendosky AA. Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors. Child Dev. 2009;80(2):562-77.

64. Darzacq R. Maltraitances infantiles : comment les repérer ? Une étude qualitative auprès des médecins généralistes des Landes [Internet] [Etude qualitative]. [Faculté de médecine]: Bordeaux; 2021 [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243220/document

65. Buffarini R, Coll CVN, Moffitt T, Freias da Silveira M, Barros F, Murray J. Intimate partner violence against women and child maltreatment in a Brazilian birth cohort study: co-occurrence and shared risk factors. BMJ Glob Health. avr 2021;6(4):e004306.

66. UNICEF. Conflit et guerre : les six violations les plus graves contre les droits de l'enfant [Internet]. UNICEF. 2022 [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: https://www.unicef.fr/article/conflit-et-guerre-les-six-violations-les-plus-graves-contre-les-droits-de-l-enfant/

67. UNICEF. War in Ukraine: Support for children and families [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur: https://www.unicef.org/emergencies/war-ukraine-pose-immediate-threat-children

68. Gao Y, Atkinson-Sheppard S, Liu X. Prevalence and risk factors of child maltreatment among migrant families in China. Child Abuse Negl. mars 2017;65:171-81.

69. Maguire-Jack K, Font SA. Community and Individual Risk Factors for Physical Child Abuse and Child Neglect: Variations by Poverty Status. Child Maltreat. août 2017;22(3):215-26.

70. Article R4127-44 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843583

71. Article 226-14 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044394223

72. Article R226-2-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028251430

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

73. Sénat. Protection de l'enfance : améliorer le dispositif dans l'intérêt de l'enfant [Internet]. 2014 [cité 11 déc 2022]. Disponible sur: https://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-655-notice.html

74. Article L112-4 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796427

75. Journal Officiel de la République française n°65 du 15 mars 2016. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant [Internet]. 2016-297 mars 14, 2016. [cité 15 févr 2023] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234/#:~:text=%2DLa%20protection%20de%20l'enfance,le%20respect%20de%20ses%20droits.

76. Ministère des Solidarités et de la Santé. La réforme de la protection de l'enfance : la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant et ses décrets d'application [Internet]. 2018. [cité 15 févr 2023] Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthesereforme_2018-10-15.pdf

77. Assemblée Nationale. Projet de loi n°4264 relatif à la protection des enfants [Internet]. 2021 [cité 15 janv 2023]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b4264_projet-loi

78. Journal Officiel de la République française n°32 du 8 février 2022. LOI n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants [Internet]. 2022-140 févr 7, 2022. [cité 15 févr 2023] Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045133771

79. Greco C. Maltraitance faite aux enfants : entre méconnaissance du problème et déni. Ethics Med Public Health. janv 2015;1(1):11-8.

80. Renzi C. Dépistage des maltraitances infantiles en médecine générale : les freins au dépistage, les aides possibles étude qualitative par entretiens auprès de médecins généralistes en Drôme Ardèche. Lyon; 2017.

81. Damien Veyrier, cadre socio-éducatif. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) spécifique en matière de périnatalité aux Hôpitaux Drome Nord [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.hopitaux-drome-nord.fr/sites/default/files/media/downloads/LETTRE%20INTERNE%2025%20SEPT.%202019.pdf

82. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux

83. Grob F, Hirschler Bertrand J. Facteurs de risque de maltraitance infantile intrafamiliale dans l'agglomération grenobloise en 2017. [Etude épidémiologique rétrospective dans la

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

population d'enfants ayant bénéficié d'une évaluation médico-sociale suite à une information préoccupante.]. [UFR de médecine de Grenoble]: Grenoble Alpes; 2019.

84. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Rev Sage-Femme. déc 2011;10(6):289-93.

85. Yann Mikaeloff. Inserm - Troubles spécifiques des apprentissages. 2019. [cité 7 mars 2023]

86. Cohen-Salmon C, Cote S, Fourneret P. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Une expertise collective de l'Inserm. [Internet]. 2005 [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2017/01/2005_09_22_CP_ExpCol_TroubleEnfAdo.pdf

87. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. Child Abuse Negl. oct 2000;24(10):1257-73.

88. Tursz A. Risk factors of child abuse and neglect in childhood. Rev Prat. mai 2011;61(5):658-60.

89. Tursz A. Facteurs de risque de la maltraitance dans l'enfance. Rev Prat. mai 2011;61:658-9.

90. Insee. Evolution et structure de la population en 2019 [Internet]. [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=FRANCE-1#chiffre-cle-4

91. HAS. Mieux évaluer la situation d'un enfant en danger : 1er cadre national de référence [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3232338/fr/mieux-evaluer-la-situation-d-un-enfant-en-danger-la-has-propose-le-1er-cadre-national-de-reference

92. Bérubé A, Clément MÈ, Lafantaisie V, LeBlanc A, Baron M, Picher G, et al. How societal responses to COVID-19 could contribute to child neglect. Child Abuse & Neglect. 1 juin 2021;116:104761.

93. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. The American Journal of Emergency Medicine. 1 déc 2020;38(12):2753-5.

94. Loiseau M, Cottenet J, Bechraoui-Quantin S, Gilard-Pioc S, Mikaeloff Y, Jollant F, et al. Physical abuse of young children during the COVID-19 pandemic: Alarming increase in the relative frequency of hospitalizations during the lockdown period. Child Abuse Negl. déc 2021;122:105299.

95. Adrien Taquet. Ministère de la Santé et de la Prévention. Reconfinement : une nouvelle campagne de sensibilisation du numéro 119 pour lutter contre les violences faites aux enfants. 2020 nov. [cité 12 avril 2023]

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

96. Gualano MR, Lo Moro G, Voglino G, Bert F, Siliquini R. Effects of Covid-19 Lockdown on Mental Health and Sleep Disturbances in Italy. International Journal of Environmental Research and Public Health. janv 2020;17(13):4779.

97. Mouzali O. Repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale: élaboration d'un score par méthode Delphi. [UFR de médecine de Grenoble]: Grenoble Alpes; 2020.

98. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique. Actualisation du contenu des examens de santé de l'enfant, messages et outils de prévention du carnet de santé en vue de sa dématérialisation [Internet]. 2022. [cité 15 mars 2023] Disponible sur: file:///C:/Users/inesl/Downloads/hcspr20220317_actduconducardesandelenfenvuedes.pdf

99. Diagnostic et bilan des schémas départementaux autonomie et enfance-famille-santé. [Internet]. 2019 juin [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: https://www.ladrome.fr/wp-content/uploads/2019/07/la-drome-synt-bilan-diag1.pdf

100. Haut conseil de la santé publique. Qu'est-ce que le handicap ? [Internet]. 2004. [cité 05 mars 2023] Disponible sur: file:///C:/Users/inesl/Downloads/ad491627.pdf

101. J. Benoit. Société française de pédiatrie. Difficultés et troubles des apprentissages chez l'enfant à partir de 5 ans [Internet]. [cité 5 mars 2023] Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Difficultes_et_troubles_des_apprentissages_chez_l_enfant_a_partir_de_5_ans.pdf

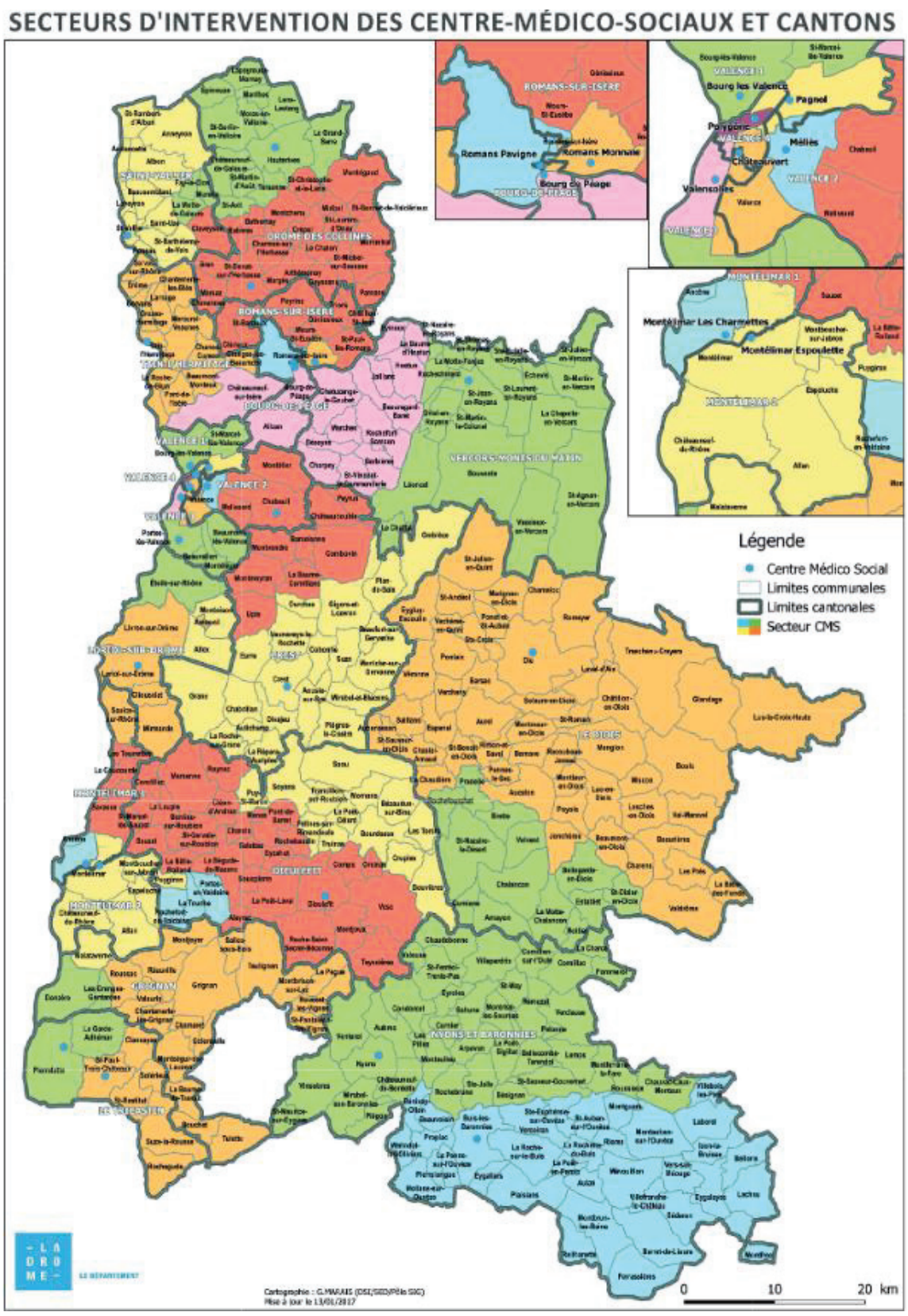
102. Organisation Mondiale de la Santé. Naissances prématurées [Internet]. 2022 nov. [cité 5 mars 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth

103. Organisation Mondiale de la Santé. Troubles mentaux [Internet]. 2022 juin [cité 5 mars 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXES

Annexe n° 1 : Carte de l'offre de l'action médico-sociale dans la Drôme (99)



STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 2 : Définition de certains FDR

❖ En lien avec l'enfant :

- Le handicap mental ou physique : selon l'OMS, il concerne toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, ayant un retentissement sur la vie quotidienne. (100)

- Trouble du comportement ou des apprentissages :
  - Les troubles des apprentissages concernent les troubles de langage oral (dysphasie), les troubles de la lecture (dyslexie), les troubles de l'écriture et du développement moteur (dyspraxie), les troubles des activités numériques (dyscalculie) et les troubles de l'attention. (101)
  - Le trouble des conduites se définit comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes, qui bafouent les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet ». (86)
  - Le trouble oppositionnel avec provocation se définit comme « un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position d'autorité » et dont le diagnostic est généralement établi entre 9 et 12 ans.

- Séparation précoce : séparation entre l'enfant et ses parents ayant lieu dans les quatre premières semaines de vie de l'enfant. (36)

- Prématurité : naissance avant 37 semaines d'aménorrhée d'après l'OMS. (102)

❖ En lien avec les parents : nous avons considéré le FDR présent lorsqu'il était présent chez au moins l'un des deux parents.

- Carence éducative : concerne un faible niveau d'éducation et/ou de scolarité chez les parents qui n'ont pas le niveau Bac

- Troubles psychopathologiques : selon l'OMS, les troubles mentaux se caractérisent par une altération clinique majeure de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

comportement de l'individu, pouvant s'accompagner d'un sentiment de détresse et de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants. Ils comprennent par exemple les troubles anxieux, la dépression ou la schizophrénie. (103)

- Faible statut socio-économique : ce facteur était compté comme présent lorsque les revenus du foyer était inférieurs au SMIC du 01/01/2021 (soit 1554,58€ brut) ou lorsque les parents vivaient du RSA et d'allocations par exemple. En l'absence de renseignement sur les revenus, le type de logement pouvait nous aider.

❖ En lien avec la famille :

- Monoparentale : l'autorité parentale est exercée par un seul des parents et l'enfant n'a plus de contact avec l'autre parent (décès, séparation…).
- Recomposée : présence d'une belle-famille au domicile (parent ou fratrie).
- Nombreuse : présence dans le foyer de 4 enfants ou plus.
- Antécédent de violence dans la fratrie : présence d'une information préoccupante ou d'un signalement antérieur, ou tout autre lien avec la protection de l'enfance dans le passé de la famille.

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe n°3 : Contrat RPGD



Engagement de confidentialité sur la collecte et la manipulation des données à caractère personnel

Nous soussignées, Mesdames **Lola DUQUESNE et Adeline STOCKER**, internes en médecine générale auprès de l'Université Lyon 1 et intervenant au sein du Conseil Départemental de la Drôme dans le cadre d'une étude sur la maltraitance infantile.

Le Conseil Départemental de la Drôme, étant amené à accéder à des données à caractère personnel, déclare reconnaître la confidentialité desdites données.

Nous nous engageons par conséquent, conformément aux articles 34 et 35 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'aux articles 32 à 35 du règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016, à prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de mes attributions afin de protéger la confidentialité des informations auxquelles nous avons accès, et en particulier d'empêcher qu'elles ne soient communiquées à des personnes non expressément autorisées à recevoir ces informations.

Nous nous engageons en particulier à :

- ne pas utiliser les données auxquelles je peux accéder à des fins autres que celles prévues par mes attributions ;

- ne divulguer ces données qu'aux personnes dûment autorisées, en raison de leurs fonctions, à en recevoir communication, qu'il s'agisse de personnes privées, publiques, physiques ou morales ;

- ne faire aucune copie de ces données sauf à ce que cela soit nécessaire à l'exécution de mes fonctions ;

- prendre toutes les mesures conformes aux usages et à l'état de l'art dans le cadre de mes attributions afin d'éviter l'utilisation détournée ou frauduleuse de ces données ;

- prendre toutes précautions conformes aux usages et à l'état de l'art pour préserver la sécurité physique et logique de ces données ;

- m'assurer, dans la limite de mes attributions, que seuls des moyens de communication sécurisés seront utilisés pour transférer ces données ;

- en cas de cessation de mes fonctions, restituer intégralement les données, fichiers informatiques et tout support d'information relatif à ces données.

Cet engagement de confidentialité, en vigueur pendant toute la durée de la mission, demeurera effectif, sans limitation de durée après la cessation de la mission, quelle qu'en

STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)

soit la cause, dès lors que cet engagement concerne l'utilisation et la communication de données à caractère personnel.

Nous avons été informé que toute violation du présent engagement nous expose à des sanctions disciplinaires et pénales conformément à la réglementation en vigueur, notamment au regard des articles 226-16 à 226-24 du code pénal.

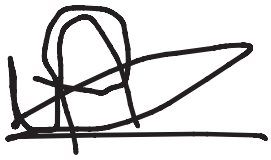
Fait à Valence, en 2 exemplaires

Le 1er janvier 2022

Nom : Lola DUQUESNE et Adeline STOCKER

Signature :





STOCKER_DUQUESNE
(CC BY-NC-ND 2.0)