

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



ELSEVIER
MASSON

Reçu le :
2 mars 2012
Accepté le :
12 avril 2012
Disponible en ligne
5 juin 2012

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect

www.sciencedirect.com

La maltraitance envers les enfants : comment sortir concrètement du déni ?

How to overcome the refusal to identify child abuse?

A. Tursz^{a,*}, C. Greco^b

^a Inserm U988/Cermes3, site CNRS, 7, rue Guy-Môquet, 94801 Villejuif cedex, France

^b Faculté de médecine Paris Sud, 63, rue Gabriel-Péri, 94276 Le Kremlin-Bicêtre cedex, France

En 1860, Ambroise Tardieu, titulaire de la chaire de médecine légale de l'université de Paris de 1861 à 1879, publiait le premier article scientifique décrivant les lésions typiques des mauvais traitements à enfants et les caractéristiques de leurs auteurs [1], 100 ans avant celui de Kempe et al. [2] ; ce dernier article est toutefois considéré comme la référence sur la maltraitance des enfants. Il a eu en effet un retentissement considérable aux États-Unis et dans d'autres pays, et Henry Kempe est le premier qui ait réussi à alerter efficacement la communauté médicale et les pouvoirs publics, son action ayant été à l'origine de la législation américaine sur le signalement. Toutes les caractéristiques spécifiques de la maltraitance décrites par Kempe figuraient déjà dans l'article de Tardieu : le jeune âge des enfants, les différences entre les lésions intentionnelles et celles causées de manière accidentelle, la gravité attestée par un taux de létalité de 56 %, le fait que les auteurs soient le plus souvent les parents. Enfin, il lui semblait déplacé « d'invoquer la folie, que, pour [sa] part, il déclar[ait] n'avoir jamais rencontrée chez les auteurs de ces inexcusables violences ». Mais, avec le recul [3], on ne peut que constater que « malgré ses efforts, Tardieu n'arrive pas à convaincre la communauté médicale de l'importance du phénomène de la violence envers les enfants. Il le reconnaît avec tristesse dans son dernier livre, publié l'année de son décès [4] ».

La communauté pédiatrique française semble avoir oublié les travaux d'Ambroise Tardieu, dont le texte pourrait pourtant avoir été écrit hier tant les caractéristiques de la maltraitance sont immuables. Cent cinquante ans après, la reconnaissance de la maltraitance envers les enfants a certes progressé et il existe un système de protection de l'enfance, mais on peut se demander si l'attitude de l'ensemble des professionnels de

santé a réellement évolué. La maltraitance en France ne reste-t-elle pas toujours entre déni et tabou (intitulé d'un colloque organisé en janvier 2011 par la Fondation pour l'Enfance) ? C'est visiblement ce que ressentait avec intensité Pierre Lassus lorsqu'il écrivait en 2001 :

« ... bien que je connaisse l'existence de la maltraitance et que je sache la gravité de ses effets, comment avais-je pu rester aveugle, sourd et muet alors que je la côtoyais quotidiennement ? Pourquoi la grande majorité des personnes qui se trouvaient dans une situation semblable à la mienne témoignaient-elles du même aveuglement ? La maltraitance était-elle donc à ce point ostensible qu'elle crevait les yeux pour de bon ? Et si, ce que mon expérience tendait à prouver, il était possible de recouvrer la vue, de se dégager de l'emprise, comment expliquer que le massacre se perpétue ? » [5]. Des expériences récentes, vécues par les auteurs du présent texte, laissent aussi craindre une bien pauvre évolution tout à la fois de la reconnaissance du problème et des pratiques professionnelles face aux enfants maltraités.

À l'automne 2011, au cours d'une garde aux urgences un dimanche soir, une mère de famille amène son jeune fils de 6 ans pour un certificat de coups et blessures. Ce dernier est vu par l'interne. L'enfant lui raconte que ses parents sont divorcés, qu'il était en week-end chez son père et que ce dernier l'a frappé avec sa chaussure dans le dos et sur les fesses car il avait renversé son verre de jus d'orange. L'enfant décrit bien la scène et ses dires corroborent les traces visibles sur sa peau. La crainte de la maman est que son fils doive retourner chez son père le lendemain et elle ne sait pas quoi faire pour l'éviter. Visiblement l'enfant est également très apeuré à cette idée et avoue que ce n'est pas la première fois qu'il est victime de coups pour des raisons futiles lorsqu'il est chez son père. L'interne relate cette situation au médecin senior. Il est 22 h. Celui-ci lui répond que « rien ne presse » et déclare : « c'est à l'assistante sociale de régler ce problème,

* Auteur correspondant.
e-mail : tursz@vjf.cnrs.fr

pas à nous et pas maintenant ». L'interne appelle alors le chef de pédiatrie d'astreinte et se voit offrir la même réponse. . . Il prend alors la décision de réaliser le signalement de cet enfant, rédige le constat de coups et blessures, prévient le commissariat que la mère viendra déposer plainte le lendemain et se lance ensuite dans la recherche fastidieuse des numéros de fax du procureur de garde afin de lui faire parvenir le signalement.

Les professionnels de santé mesurent-ils bien le danger potentiel pour cet enfant qui devra, si rien n'est fait, retourner chez son père dès le lendemain ? La maltraitance semblant être réelle et installée, qui peut être sûr que cet enfant ne prendra pas un mauvais coup ou que la violence ne sera pas décuplée, mettant ainsi sa vie en danger à très courte échéance ?

Peu après lors d'une garde ultérieure du même interne, un homme arrive aux urgences, inconscient, visiblement en pleine crise d'hystérie. Les infirmiers et l'interne de garde n'ont pas d'autres choix que de fouiller dans le portefeuille du patient pour avoir au moins un nom, voire un renseignement sur sa pathologie. Ils tombent sur une lettre écrite vraisemblablement par une jeune fille à sa mère, la suppliant de faire en sorte que son beau-père arrête de l'agresser sexuellement. Elle décrit d'ailleurs à sa mère une claire tentative de viol. L'interne, en lisant la lettre, comprend alors que l'homme agresseur est l'homme allongé sur le brancard et en parle aux médecins seniors présents à ce moment-là dans le service. La réponse est la même que lors de la précédente garde : « On ne va pas s'en mêler, c'est à l'assistante sociale de voir ça ». L'interne tente alors d'en savoir plus et réussit à contacter la mère de la jeune fille. Celle-ci affirme avoir lu la lettre quelques jours auparavant mais ne semble pas particulièrement émue. La jeune fille a 17 ans. Elle est donc mineure mais sa mère affirme qu'elle ne souhaite pas porter plainte. L'homme est entre-temps hospitalisé dans un service de l'hôpital. L'interne prévient l'assistante sociale et également le procureur, étant donné la minorité de la jeune victime. Ce qui est frappant ici, c'est que tous les professionnels de santé, médecins comme infirmières, étaient choqués du contenu de cette lettre et se sont offusqués des comportements qu'elle révélait mais, si les infirmières soutenaient qu'il fallait agir, les médecins ont argué du fait que le problème sortait de leur domaine de compétence et qu'il fallait en référer à l'assistante sociale.

Une jeune élève sage-femme a décidé de faire porter son mémoire de fin d'études sur un sujet a priori pertinent et passionnant : l'implication des sages-femmes dans la prévention précoce de la maltraitance envers les très jeunes enfants. Elle vient demander de l'aide dans une unité de recherche de l'Inserm, un appui méthodologique mais aussi une forme de « garantie » que la problématique est intéressante. En effet, autour d'elle, elle perçoit de la surprise, du désintérêt, de l'indifférence, voire du rejet (un des enseignants de son école, gynéco-obstétricien, lui a dit : « ça n'a aucun intérêt »).

Revenons quelques instants à Tardieu qui avait une position éminente dans une France qui, à son époque, était un pays important, notamment sur les plans médical et scientifique, d'autant que la langue française n'avait pas encore été écrasée par la suprématie de l'anglais. On peut donc s'étonner que ses travaux aient eu aussi peu d'écho, en France comme à l'étranger, et on ne peut que craindre que le problème des jeunes enfants soumis, entre les murs de leurs foyers, aux sévices infligés par leurs propres parents, n'ait pas soulevé autre chose qu'une profonde indifférence, voire un véritable rejet. De la même manière, Kempe a reconnu que son article, en abordant un sujet tabou (les auteurs des mauvais traitements sont le plus généralement les parents, principalement la mère) avait causé beaucoup de réticences, voire de colère, notamment dans le monde médical. Il se disait consterné de voir de brillants jeunes médecins inventer n'importe quel diagnostic pour éviter celui que les lésions présentées par un enfant rendait absolument criant. Et, en 1983, un an avant sa mort, il estimait que « le dénominateur commun était le déni de la maltraitance par ces jeunes et bons médecins qui ne pouvaient tout simplement pas concevoir la réalité des faits de la vie » [6].

Toutefois, les « histoires médicales » récentes narrées au début de ce texte montrent bien que l'« aversion de voir » [7], si elle intervient toujours dans la réticence à signaler, n'est pas le seul facteur explicatif. Ainsi, la définition même de la maltraitance n'est pas clairement établie et varie selon les intervenants, notamment en fonction de leur exposition aux campagnes d'information et de leur opinion quant à l'existence d'une frontière entre mauvais traitements et violence éducative ordinaire. Il est possible aussi que certains médecins aient une réelle volonté de bien faire mais une absence de vision réaliste de l'urgence du problème, lorsqu'ils y sont confrontés, et de ses risques immédiats et à long terme pourtant largement démontrés [8]. Cela ressort particulièrement bien de la première histoire vécue par l'interne de garde. Enfin, l'acte de signalement peut relever d'un véritable parcours du combattant, jalonné par de multiples tracasseries administratives et carences en informations. La conjonction de l'absence de prise de conscience de la gravité immédiate de la situation, d'une part, et de la lourdeur administrative du signalement, d'autre part, pousse beaucoup de médecins des services d'urgence (généralistes ou pédiatres) à déléguer cette tâche à l'assistante sociale du service.

En ce domaine, la situation des jeunes internes en médecine officiant dans les services d'urgence paraît particulièrement délicate. En première ligne pour voir les enfants, affectés tous les 6 mois en stage dans des zones différentes, ils sont confrontés à un réel problème d'errance parmi les protocoles à suivre pour signaler des cas de maltraitance, d'autant qu'aucune disposition n'est prise au sein de nombreux services d'urgence pour faire face à ces situations. Quel Conseil Général contacter et qui ? Quel est le procureur responsable dans le département où se trouve l'hôpital ? Où trouver les

bons numéros de téléphone qui diffèrent d'une région à l'autre, d'un département à l'autre ?... Pour les réponses à ces questions, on obtient généralement bien peu d'aide des commissariats voisins ou des gendarmeries, et encore moins du 119 (Allo Enfance maltraitée). Signaler un enfant en danger prend donc un temps considérable et en rebute beaucoup, surtout quand l'affluence aux urgences est telle que l'on ne peut se permettre de passer trop de temps sur un seul dossier. Pourtant le signalement est une obligation légale pour tout citoyen, et particulièrement tout agent public, dès lors qu'il a connaissance de la situation d'un enfant en danger ou en risque de le devenir (article 223-6 du Code pénal se rapportant à la non-assistance à personne en danger ; articles 434-1 et 3 du nouveau Code pénal concernant la non-dénonciation de crime et de délits). S'il ne le fait pas, il encourt des sanctions : « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende » (art 223-6). De plus, les articles 226-13 et 14 du nouveau Code pénal, concernant le secret professionnel, permettent de lever celui-ci pour certains professionnels, dont les médecins. Le signalement a une double finalité : la première, prioritaire, est la protection de l'enfant ; la seconde est la sanction des auteurs des faits. Des dispositions légales particulières font que la révélation des mauvais traitements à enfant reste « discrétionnaire » pour les professionnels médicaux, mais à condition toutefois que des mesures de protection efficaces soient mises en place autour de l'enfant pour éviter la répétition des violences et, partant, l'infraction de non-assistance à personne en danger. En effet, la non-assistance vise, non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir. Il n'y a ici aucune exception ; professionnels et non-professionnels y sont soumis. Sur le plan pénal, un signalement - même s'il s'est révélé, après analyse de la situation, infondé - ne peut être considéré comme une dénonciation calomnieuse que s'il est prouvé que son rédacteur a agi de mauvaise foi, c'est-à-dire avec l'intention de nuire.

La hantise du « signalement abusif » n'est donc pas de mise et il est non seulement du devoir mais de l'intérêt du médecin de signaler. Toutefois, cet acte doit se faire le plus rapidement possible, afin que l'enfant soit protégé et que les auteurs n'aient pas le temps de reconstruire l'histoire des faits, et selon des règles médicales précises, bien expliquées par l'Ordre des médecins [9] qui indique également sur son site (www.conseil-national.medecin.fr) toutes les modifications législatives, notamment celles apportées par la loi de mars 2007 réformant la protection de l'enfance [10].

Comment faciliter, sur le plan pratique, le signalement, en situation d'urgence, à l'hôpital notamment ? Quelles suggestions aussi pragmatiques que possible peut-on proposer ? Il paraît indispensable que les internes, futurs chefs de clinique et jeunes médecins aient à leur disposition un protocole

simple à suivre. Tous les professionnels de santé, quels qu'ils soient, connaissent par cœur la procédure à suivre en cas d'arrêt cardiaque et assimilent parfaitement les nouvelles recommandations dans ce domaine : 30 massages, 2 insufflations, ramenés aujourd'hui à un massage seul après appel du 15. Voilà un protocole simple, clair, connu de tous et facile à appliquer ! Voilà ce qui manque au signalement : de la simplicité ! Il conviendrait de mettre en place un formulaire type à remplir (au mieux celui établi par l'ordre des médecins et les Ministères de la justice et de la santé [9]) ainsi qu'un numéro de fax unique pour toute la France (au pire départemental), affiché dans tous les services d'urgences. Un numéro qui permettrait la centralisation des signalements, redistribués ensuite vers les bons services (cellule de recueil des informations préoccupantes [CRIP] ou parquets). La procédure se trouvant simplifiée, les professionnels de l'urgence s'y prêteraient sans doute bien plus volontiers.

Par ailleurs, compte tenu de la fréquence sans doute élevée de la maltraitance en France, comme dans les autres pays à haut niveau de revenus [11] et de ses effroyables conséquences à long terme [8], on ne saurait faire l'impasse d'une réflexion sur l'amélioration de la formation médicale initiale sur le sujet, formation plus ou moins réduite à l'heure actuelle à l'item 37 du programme des épreuves classantes nationales « maltraitance et enfant en danger », généralement survolé en 1 h avec un accent mis sur le syndrome de Silverman, qui est bien loin de refléter la majorité des situations de maltraitance.

En 2009, l'American Board of Pediatrics a inscrit la « pédiatrie de la maltraitance » (*child abuse pediatrics*) au rang de spécialité de la pédiatrie [12]. On est loin de cette reconnaissance en France. Dans notre pays, 20 % seulement des enfants sont régulièrement suivis par un pédiatre et, parmi eux, 50 à 60 % des enfants âgés de moins de 2 ans. La surveillance médicale des enfants de notre pays est donc largement partagée entre pédiatres et médecins généralistes. Le rôle de la formation théorique de ces médecins comme des conditions de réalisation de l'éventuel stage pratique de pédiatrie du futur généraliste sont donc au cœur du débat. Rappelons ici que de nombreux séminaires obligatoires figurent au programme du DES de médecine générale. Pourquoi ne pas en concevoir un qui permette aux étudiants en médecine et aux internes de rencontrer avocats et professionnels de santé œuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance ? Ces futurs médecins pourraient ainsi acquérir une meilleure connaissance de la loi et mieux appréhender les situations de maltraitance qu'ils pourraient être à même de rencontrer au cours de leur pratique.

Toutefois, ces efforts de formation des jeunes médecins et les améliorations des pratiques qui devraient en découler ne peuvent s'envisager que dans un contexte politique et social dans lequel on cessera, dans les médias notamment, de présenter la maltraitance envers les enfants comme une juxtaposition de faits divers.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Ann Hyg Med Leg* 1860; 13:361–98.
- [2] Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962;181:17–24.
- [3] Labbé J. La maltraitance des enfants en occident. Deuxième partie : des médecins s'engagent. *Clin* 2001;139–48.
- [4] Tardieu A. Étude médico-légale sur les blessures. Paris: JB Baillière et fils; 1879.
- [5] Lassus P. Maltraitements, enfants en souffrance. Paris: Éditions Stock; 2001.
- [6] Westrum R. Thinking by groups, organizations and networks: a sociologist's view of the social psychology of science and technology. In: Shadish WR, Fuller S, editors. *The social psychology of science: the psychological turn*. New York: Guilford Press; 1994.
- [7] Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. *Child Abuse Negl* 2005;29: 307–9.
- [8] Tursz A. Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Éditions du Seuil; 2010.
- [9] Conseil national de l'Ordre des médecins. Éthique et déontologie. Le modèle de signalement en cas de maltraitance d'un mineur. *Bulletin de l'Ordre des médecins*. 2004; N° 5: p 15.
- [10] Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, parue au *Journal officiel de la République française* n° 55 du 6 mars 2007.
- [11] Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Child maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. 3 December 2008. www.thelancet.com. 2009; 3; 373: 68-81.
- [12] <https://www.abp.org/abpwebsite/certinfo/subspec/suboutlines/chab.pdf>.