

La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique // Child Maltreatment and its Consequences: A Public Health Issue

Coordination scientifique // Scientific coordination

Maud Gorza & Linda Lasbeur, Santé publique France, Saint-Maurice, France

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Un enfant maltraité est un enfant dont on bafoue les droits, la santé et le développement

// An abused child is a child whose rights, health and development are violatedp. 512

Adrien Taquet

Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des Solidarités et de la Santé

ARTICLE // Article

Maltraitance intrafamiliale envers les enfants : définitions d'une notion équivoque

// Domestic child abuse: definitions of an equivocal conceptp. 514

Anne-Clémence Schom et coll.

Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), Paris, France

ARTICLE // Article

Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne

// Short and long term impact of child maltreatment on individual developmentp. 520

Sonia Hélie et coll.

Institut universitaire Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Canada

ARTICLE // Article

Estimation de la prévalence des enfants de moins d'un an, hospitalisés en France pour maltraitance physique sur la période 2007-2014

// Estimated prevalence of children under 1 year old, hospitalized in France for physical abuse between 2007-2014.....p. 526

Séverine Gilard-Pioc et coll.

Service de Médecine légale, Univ. Bourgogne Franche-Comté, Dijon, France

ARTICLE // Article

Les enfants victimes de traumatismes crâniens infligés par secouement hospitalisés : analyse exploratoire des données du PMSI

// Children hospitalized following traumatic brain injury from shaking: an exploratory analysis of PMSI datap. 533

Louis-Marie Paget et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans – résultats du Baromètre de Santé publique France 2017

// State of mental health to people reporting a history of sexual violence before 15 years old – results of Santé publique France Health Barometer 2017p. 540

Maud Gorza et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

(Suite page 512)

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Jean-Claude Desenclos, directeur scientifique, adjoint au directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messai
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France; Thierry Blanchon, Iplesp; Florence Bodeau-Livinec, EHESP; Isabelle Bonmarin, Santé publique France; Sandrine Danet, HCAAM; Bertrand Gagnière, Santé publique France, Cire Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France, Cire Occitanie; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Philippe Magne, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Alexia Peyronnet, Santé publique France; Annabel Rigou, Santé publique France; Hélène Therre, Santé publique France; Sophie Vaux, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

Maltraitance : recommandations
pour les professionnels et informations
pratiques
// Maltreatment: recommendations for health
professionals and practical informationp. 549

> ÉDITORIAL // Editorial

UN ENFANT MALTRAITÉ EST UN ENFANT DONT ON BAFOUE LES DROITS, LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT

// AN ABUSED CHILD IS A CHILD WHOSE RIGHTS, HEALTH AND DEVELOPMENT ARE VIOLATED

Adrien Taquet

Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des Solidarités et de la Santé

Symptôme d'échecs de prévention, de protection et d'éducation, la maltraitance infantile doit être au centre de nos préoccupations. Les formes de mauvais traitements peuvent différer : physiques ou affectives, sexuelles, négligences ou exploitation commerciale, mais dans tous les cas, les préjudices pour le développement de l'enfant, sa dignité, sa santé, voire sa survie, sont considérables.

Chaque année⁽¹⁾, environ 50 000 plaintes pour violences physiques sur enfant sont déposées et 20 000 pour agressions sexuelles⁽²⁾. Chaque jour, 90 appels sont traités par le plateau d'écoute du 119, le numéro de l'enfance en danger, et 40 informations préoccupantes sont signalées. L'Observatoire national de la protection de l'enfance a estimé à 67 le nombre d'enfants décédés de mort violente au sein de la famille en 2017⁽³⁾. Cette liste, loin d'être exhaustive, ne saisit pas toute l'ampleur de la maltraitance infantile, car ces violences ont des répercussions traumatiques, physiques et psychologiques à court, moyen et long termes. Ce numéro thématique du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* s'attache ainsi à faire connaître cette problématique complexe et encore trop peu investie par la santé publique.

Des études présentent de manière précise les effets des violences subies dans l'enfance. Ces dernières affectent gravement la santé et peuvent, entre autres,

générer des perturbations du développement cérébral, affaiblir sensiblement les capacités d'apprentissage, fragiliser la gestion du stress et des émotions. Le dossier proposé dans ce numéro présente un état des connaissances sur la maltraitance en abordant, d'une part la complexité à la mettre en définition et en nous invitant à adopter des approches pluridisciplinaires, et d'autre part en dressant un panorama des conséquences de la maltraitance infantile sur la santé. En France, il n'existe pas de données exhaustives et nationales qui permettent une surveillance épidémiologique. Ce numéro participe à la documentation de ce champ, à partir des sources de données mobilisables en santé publique (données médico-administratives du Programme de médicalisation des systèmes d'information, Baromètre de Santé publique France). Si les résultats présentés dans ce numéro permettent d'apporter des éléments de quantification et de mesure des impacts négatifs sur la santé des victimes, ils soulignent également les limites de la mesure de ce phénomène à partir de sources non spécifiques.

Ces données, pour le moins, nous interpellent et nous obligent à agir : plusieurs mesures récentes ont été prises pour lutter contre ces violences faites aux enfants, et d'autres sont en préparation. Elles visent à la fois à prévenir l'apparition de ces violences, en soutenant les parents, à protéger les enfants qui en sont victimes et à les accompagner dès lors qu'elles surviendraient.

La loi interdisant les « violences éducatives ordinaires » a été définitivement adoptée le 2 juillet dernier. Il est désormais inscrit dans le Code civil que « l'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques ». Non anecdotique – en effet plusieurs études ont souligné le rôle que pouvaient jouer les mesures législatives interdisant les châtiments corporels dans la diminution de leurs

⁽¹⁾Pour 2015 : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2017_web_complet.pdf et 2016 : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2016_-_version_finale_2_leger.pdf

⁽²⁾Données issues de la collaboration entre le Service statistique ministériel de la Sécurité intérieure sur des crimes et délits enregistrés par les services de police ou de gendarmerie et l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). Onzième et douzième rapport au Gouvernement et au Parlement de l'ONPE.

⁽³⁾Observatoire national de la protection de l'enfance. Chiffres-clés en protection de l'enfance. Note d'actualité accessible en ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee_2017.pdf

usages et l'augmentation de méthodes disciplinaires non-violentes⁽⁴⁾- elle marque un tournant dans le droit français car elle reconnaît l'impact uniquement nocif des « violences éducatives ordinaires » : qu'importe son degré, la violence ne peut servir de base à une bonne éducation.

Par ailleurs, prévenir la maltraitance suppose la mise en place de conditions favorables à des relations parents-enfants adaptées. Cela nécessite que les parents et les futurs parents puissent trouver des réponses à leurs besoins en particulier dès la grossesse et pendant les premières années de vie de l'enfant. Cette période, dont on connaît aujourd'hui l'importance pour le développement de l'enfant et son devenir en tant qu'adulte⁽⁵⁾, peut être, à juste titre, source d'appréhension et de difficultés pour les parents. C'est l'objectif du « parcours 1 000 jours » : apporter un soutien renforcé aux parents dès le 4^e mois de grossesse et jusqu'aux deux ans de l'enfant, en coordonnant les multiples services en un socle cohérent.

Même si l'on estime que la grande majorité des violences faites aux enfants ont lieu dans le cadre

⁽⁴⁾ Fortson, B.L., Kleven, J., Merrick, M.T., Gilbert, L.K., & Alexander, S.P. *Preventing child abuse and neglect: a technical package for policy, norm, and programmatic activities*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, 2016. 47 p.

⁽⁵⁾ Voir par exemple la série d'articles publiés dans la revue *The Lancet* en 2016, intitulée *Early Childhood Development*. Accessible en ligne : <https://www.thelancet.com/series/ECD2016>

intrafamilial, et ce numéro du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* explore en particulier cette dimension, il est également fondamental de lutter contre les violences qui s'exercent dans tous leurs lieux de vie : scolaire, sportif, numérique, associatif, en mobilisant l'ensemble des ministères, notamment de la Santé, de l'Éducation nationale, de la Justice, du Numérique, des Sports et de l'Intérieur.

Enfin, favoriser une meilleure communication et coordination entre l'ensemble des professionnels au contact des enfants et de leurs parents est crucial pour créer un environnement favorable au dépistage, à l'écoute et à la prise en charge des enfants victimes de violence. En effet, on estime que très peu de viols font l'objet de plaintes et des enquêtes révèlent que la moitié des personnes interrogées ayant subi des violences pendant l'enfance n'en avait jamais parlé. Si nous voulons que ces violences cessent, nous devons créer les conditions pour que les enfants puissent s'exprimer et être écoutés.

Tant que des enfants continueront à être victimes de maltraitance, nous continuerons à être coupables de négligence. Il est de notre devoir de nous mobiliser tous ensemble pour que plus aucun enfant n'ait à subir de violence, quelle qu'elle soit. ■

Citer cet article

Taquet A. Éditorial. Un enfant maltraité est un enfant dont on bafoue les droits, la santé et le développement. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(26-27):512-3. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_0.html

MALTRAITANCE INTRAFAMILIALE ENVERS LES ENFANTS : DÉFINITIONS D'UNE NOTION ÉQUIVOQUE

// DOMESTIC CHILD ABUSE: DEFINITIONS OF AN EQUIVOCAL CONCEPT

Anne-Clémence Schom¹ (ac.schom@gmail.com), Ludovic Jamet², Anne Oui¹

¹ Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), Paris, France

² Institut départemental de l'enfance, de la famille et du handicap pour l'insertion (Idefhi), Canteleu, France

Soumis le 10.04.2019 // Date of submission: 04.10.2019

Résumé // Abstract

À partir de la revue de littérature francophone « *La maltraitance intrafamiliale envers les enfants* » (ONPE, 2016), cet article a pour objectif de faire connaître la complexité de la notion de « maltraitance intrafamiliale ».

Prenant appui sur la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé sur la prévention de la maltraitance de l'enfant en 1999, une recension des références postérieures à 2000 sur les principaux portails et revues scientifiques des champs, via une recherche par mots clefs, a été réalisée. L'analyse a mis en lumière le caractère flou et ambigu de la notion de maltraitance intrafamiliale et l'absence d'une définition consensuellement admise, tant dans les domaines de la recherche que dans les pratiques de terrain. L'analyse du corpus ainsi constitué a permis de dégager deux principales modalités de saisie de l'objet d'étude. La première, dite catégorielle, qualifie et définit les faits de maltraitance. La seconde, compréhensive, propose une lecture relationnelle des faits de maltraitance.

En conclusion, les auteurs rappellent comment les contours imprécis de cet objet appellent à une vigilance lors de sa mobilisation et montrent l'intérêt d'associer, pour l'envisager dans sa globalité, les approches issues de disciplines différentes pour tendre vers un échange pluridisciplinaire.

Based on the French scientific literature review entitled: « La maltraitance intrafamiliale envers les enfants » (ONPE, 2016), this article aims to raise awareness on the complexity of the notion of "domestic abuse".

According to the definition proposed by World Health Organization on the prevention of child abuse in 1999, a review of post-2000 references on the main scientific portals and journals in the fields was carried out through a keywords search. The analysis highlighted the vagueness and ambiguity of the notion of "domestic abuse" and the absence of a consensual definition in both research and practice fields. The analysis of the corpus thus constituted made it possible to identify two main ways of entering data on the subject studied. The first approach, which is a category based one, qualifies and defines acts of abuse. The second one is comprehensive and offers a relational interpretation of the facts of abuse.

In conclusion, the authors remind how the imprecise contours of this object call for vigilance when mobilizing it, and show the interest of combining, in order to consider it as a whole, approaches from different disciplines to tend towards a multidisciplinary exchange.

Mots-clés : Maltraitance, Enfant, Famille, Approche catégorielle, Approche compréhensive, Revue de littérature
// **Keywords:** Abuse, Child, Family, Category-based approach, Comprehensive approach

Introduction

Le présent article discute de la complexité de la notion de « maltraitance intrafamiliale ». Nous montrerons comment les contours imprécis de cet objet appellent à une vigilance lors de sa mobilisation et soulignent l'intérêt d'associer, pour l'envisager dans sa globalité, les approches issues de disciplines différentes. L'article reprend les principales conclusions de la revue de littérature francophone « *La maltraitance intrafamiliale envers les enfants* »¹ publiée en aout 2016 par l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE). Ce travail visait à proposer un état des lieux des

recherches et des pratiques relatives à ce thème. Les travaux francophones de différentes disciplines ont été sollicités afin d'avoir une vue d'ensemble de cette problématique. En arrière-fond, se trouvaient aussi convoquées les controverses suscitées par la disparition, dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF), des notions d'« *enfant maltraité* » et d'« *enfant victime de mauvais traitements* » au profit de celle d'« *enfant en (risque de) danger* », depuis la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance. La toute récente loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant a introduit le terme de maltraitance² (art. L.226-4 du CASF).

Le point de départ retenu était la définition de la maltraitance proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1999³, qui a l'avantage de mettre en avant tant les quatre formes de la maltraitance (violences physiques, sexuelles, psychologiques et négligences), que les effets qu'elles peuvent entraîner et les types de relation dans lesquelles elles s'inscrivent : « *La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* » Nous noterons que depuis la publication de ce travail en 2016, l'OMS a repris et actualisé sa définition de la maltraitance en y ajoutant, comme forme potentielle de maltraitance, l'exposition de l'enfant aux manifestations de violences entre les partenaires intimes⁴.

Le présent article propose une reprise de la synthèse transversale publiée dans la revue de littérature de l'ONPE. Il présente ainsi un état des lieux des recherches et travaux publiés entre 2000 et 2016 sur la maltraitance intrafamiliale envers les enfants. Si ce travail avait initialement pour objectif de stabiliser une définition de la maltraitance, l'analyse des travaux fera rapidement apparaître l'impossibilité de cet exercice. Face à ce premier résultat, la revue de littérature a plutôt cherché à définir les modes de saisie de cet objet d'étude. Deux approches complémentaires ont ainsi été dégagées et sont présentées ici, suivies d'une discussion sur les intérêts et les limites de la production des données chiffrées relatives.

Ce travail se veut ainsi une première étape et un support pour la conduite de recherches ultérieures, quelle que soit la discipline engagée.

Méthode

La réalisation de la revue de littérature a démarré par la constitution d'un corpus en interrogeant les principaux portails, bases de données (PubMed, Medline, Cairn, Persée, PsycINFO, BDSP, etc.) et revues scientifiques. Le travail s'est orienté sur les travaux francophones et même majoritairement français. Toutefois, nous avons pu observer au travers des bibliographies des différents auteurs le nombre très important de publications internationales relatives à cet objet d'étude.

Partant de la définition proposée par l'OMS en 1999, une première étape a consisté en une recension des références postérieures à l'an 2000 dans lesquelles les mots issus de la racine « maltrait* » devaient apparaître dans le corps du texte au moins une fois. D'autres critères de sélection ont progressivement été ajoutés *via* une recherche par mots-clés (maltrait*+famille ; maltrait*+enfant*) complétée ensuite par des ajouts en lien avec les quatre formes de maltraitance précitées. Pour tenir compte de la pluralité de désignations du phénomène de maltraitance

constatée dans les premiers résultats, nous avons croisé les précédents mots-clés avec ceux de violences, mauvais traitements et abus.

Parmi ce corpus très conséquent (des centaines de travaux et recherches), 53 références francophones ont été sélectionnées en fonction de leur pertinence, leur originalité, la reconnaissance et l'inscription institutionnelle de leurs auteurs, ainsi que leur accessibilité potentielle. Cette revue de littérature s'adresse à un large public : chercheurs du champ et/ou praticiens, ainsi qu'à toute personne en contact plus ou moins direct avec des enfants et des familles, souhaitant se familiariser avec les notions, connaître davantage les situations et les faits qu'elles recouvrent. Elle est ainsi composée de références de nature différente (articles de revues scientifiques et praticiennes, ouvrages généraux et spécialisés, rapports de recherche, travaux universitaires, thèses de doctorat et d'exercice, etc.) écrites par des auteurs aux fonctions et parcours variés (professionnels/praticiens des différents terrains, chercheurs, experts, etc.), ancrés dans des disciplines distinctes, donc des épistémologies et des méthodes de travail diverses (sociologie, droit, psychologie, médecine, sciences de l'éducation, épidémiologie, etc.).

Une analyse croisée et pluridisciplinaire a débouché sur une synthèse transversale dont les principaux résultats sont présentés ci-après.

Résultats

L'analyse a tout d'abord mis en lumière le caractère flou et ambigu de la notion de maltraitance intrafamiliale et l'absence d'une définition consensuellement admise, tant dans la recherche que dans les pratiques de terrain.

La grande variabilité des définitions retenues par les auteurs trouve ses origines dans les ancrages disciplinaires, mais aussi dans les objectifs poursuivis dans les travaux. Les chercheurs ne se concentrent ainsi pas sur les mêmes éléments lorsqu'ils proposent des statistiques relatives à l'ampleur du phénomène dans l'objectif de mobiliser, souhaitent avertir l'opinion publique ou entreprennent de détecter et d'évaluer la présence ou non de maltraitements pour proposer des modalités d'accompagnement en protection de l'enfance. Une variété des termes employés (comme maltraitance, maltraité, maltraitant, mauvais traitements, sévices, violences, abus, danger) a été relevée, sans que ces termes ne soient forcément ni définis, ni distingués clairement. Ainsi, un même auteur peut utiliser ces différents termes pour évoquer un même phénomène, tandis que différents auteurs peuvent utiliser un même terme sans forcément faire référence aux mêmes réalités.

Pour tenter d'explicitier les différences retrouvées, deux approches distinctes dans la saisie de l'objet d'étude ont été mises en évidence, conduisant à des variations importantes dans les recherches sur les manières d'appréhender, de documenter, de définir et de comprendre le concept de maltraitance.

Différents modes de saisie du phénomène : approches catégorielle et compréhensive

L'approche catégorielle : qualifier et caractériser les faits de maltraitance

Dans cette première approche, nous retrouvons majoritairement les références issues des champs médicaux⁵ (à visée diagnostique) et juridiques⁶ (relevant d'une lecture pénaliste des faits de maltraitance). Malgré l'éloignement de ces champs disciplinaires et des pratiques consacrées, les différents auteurs tendent tous à adopter une démarche de type catégoriel qui consiste à dégager des critères d'inclusion et d'exclusion permettant de nommer, catégoriser et classer des faits. La maltraitance est décrite à la fois selon les faits pouvant être objectivement constatés, décrits (comportements, attitudes) et potentiellement jugés, ainsi que par les signes visibles, souvent sur le corps de l'enfant, permettant de déduire les faits commis.

La catégorisation de la maltraitance admise de manière consensuelle dans les différentes références renvoie aux quatre formes principales établies par l'OMS. Cette classification est issue de la reconnaissance de la maltraitance par la communauté scientifique, en particulier médicale.

L'approche catégorielle est également retrouvée dans l'approche pénaliste des mauvais traitements, même si les quatre formes ne recouvrent pas chacune une catégorie juridique spécifique. Les juristes vont qualifier les faits ou les actes commis par les parents (ou toute personne assimilée) comme constituant ou non une infraction pénale et vont établir des degrés de sanction selon notamment le caractère de gravité. Cette qualification pourra être complétée de la notion de « *circonstances aggravantes* ».

Ces approches ont pour intérêt de proposer des définitions objectivables (la qualification de maltraitance étant déterminée par l'examen d'un fait avéré), des clefs de lectures partageables par l'ensemble des acteurs du champ. Donnant lieu ensuite, grâce aux catégories proposées, à la possibilité de réaliser des études statistiques de plus ou moins grande ampleur, elles ont permis de quantifier l'ampleur du phénomène et d'accentuer la nécessité de sa reconnaissance (cf. *Infra*, Intérêts et limites dans/pour la production de données chiffrées...).

Il serait aujourd'hui particulièrement pertinent de proposer, à la suite de ce premier état des lieux, un travail de rapprochement et de comparaison entre les signes cliniques établis par les médecins et les actes commis et reconnus par les juristes.

Cependant, il est aussi admis que les critères et les signes retenus pour déterminer la présence de maltraitance ne sont pas spécifiques et exclusifs⁷. Par exemple, en dehors de certains tableaux cliniques assez exemplaires, majoritairement pour la détection des violences physiques et sexuelles (hémorragies cérébrales typiques d'un bébé secoué, brûlures de cigarettes, hématomes sur les membres

inférieurs d'un nourrisson, etc.), les maltraitances vécues restent particulièrement difficiles à diagnostiquer et à caractériser. Ces approches sont donc plus limitées lorsqu'il s'agit de décrire les critères de détection des maltraitances psychologiques et des négligences⁸. Quand les signes sur le corps n'existent pas/plus, les maltraitances vont être déduites des effets qu'elles entraînent⁹ : la détection repose alors sur la présence chez l'enfant de comportements ou d'attitudes considérés comme des signaux d'alerte mais qui, pris isolément, ne constituent pas à proprement parler de critères diagnostiques. Par exemple, la présence d'agitation ou d'un retrait, l'apparition d'une énurésie, s'ils peuvent entraîner des interrogations, sont des symptômes qui peuvent également apparaître dans d'autres contextes, voire faire partie du développement normal de tout enfant¹⁰. De plus, le fait de déduire les maltraitances de l'expression de certains symptômes d'alerte induit le risque de ne pas identifier les situations d'enfants maltraités qui présentent des capacités de résilience et ne développeront pas certaines manifestations symptomatiques.

Approches compréhensives de la maltraitance : description et compréhension d'un phénomène

Cette seconde approche, dite compréhensive, regroupe principalement les recherches de tradition qualitative (sociologie, psychologie, psychiatrie, sciences de l'éducation, travail social, etc.) ayant comme point commun de proposer une lecture relationnelle de la maltraitance. Afin de dépasser la seule lecture par les faits commis, les auteurs tentent de définir les relations au sein desquelles les conduites maltraitantes peuvent émerger et parfois perdurer. Cette façon d'appréhender la maltraitance permet de dépasser le manque de spécificité des signes cliniques retenus dans les approches de type catégoriel et d'intégrer à la compréhension les faits et leurs effets présents et potentiels, ainsi que le contexte de vie et les caractéristiques de l'enfant et de ses parents et de l'ensemble de son environnement relationnel. Dans ce type d'approche, au-delà des formes de maltraitance retenues, les définitions tendent davantage à évoquer ce qui va constituer des points communs¹¹ à ces différentes formes et à mettre en avant les mécanismes à l'œuvre dans les familles (confusions des places et des fonctions, écrasement des générations, répétitions transgénérationnelles, problématiques d'indifférenciation psychique, faiblesse des réseaux de relation et de soutien, etc.). Par exemple, après avoir défini les maltraitances, Gérard Lopez¹² propose un point de vigilance : « *Ne pas confondre les violences accidentelles consécutives à un conflit ou une perte de patience et la maltraitance qui est une relation de domination asymétrique dont le but est d'empêcher l'enfant d'accéder à son autonomie ou pire [de] le détruire* ».

Parmi les auteurs, nombreux sont des praticiens et des chercheurs spécialistes de la périnatalité¹³, de la parentalité et de la petite enfance¹⁴. S'intéressant

à l'établissement des premières relations entre enfants et parents, leurs travaux montrent que la maltraitance peut trouver ses origines dans les aléas de ces premières rencontres, même si les conduites maltraitantes ne se manifestent parfois que des années plus tard¹⁵.

Marqués par les apports des thérapeutes familiaux, les praticiens et les chercheurs vont alors s'intéresser aux modalités relationnelles particulières qui ont lieu au sein du groupe familial, entre la famille et son environnement élargi et qui vont concourir au développement de la maltraitance envers les enfants, à son maintien, sa chronicité et même parfois sa répétition sur plusieurs générations. La maltraitance n'est plus considérée comme le ou les fait(s) d'un parent à l'égard de son enfant, mais s'ancre dans des systèmes relationnels complexes. Des auteurs montrent alors l'intérêt de parler d'« *interactions familiales à risque* »¹⁶, de « *familles à transactions maltraitantes* »¹⁷ plutôt que de « *familles maltraitantes* », terminologie permettant d'insister sur les processus à l'œuvre au sein des relations et non sur les seules caractéristiques individuelles de chacun des membres du groupe. Il s'agit d'étudier les interactions, c'est-à-dire la rencontre dynamique entre les facteurs de vulnérabilité et de ressources¹⁸, pris individuellement, mais aussi et surtout dans la rencontre de ces critères au sein des relations que les membres vont nouer les uns avec les autres. Les interactions entre l'histoire passée du/des parent(s), leur(s) possibilité(s) de rêver un enfant à venir, leur(s) rencontre(s) avec l'enfant réel, le contexte socio-culturel de vie familiale, l'ensemble de l'environnement familial, etc., apparaissent comme autant d'éléments autour desquels concentrer l'attention scientifique.

Enfin, nous retrouvons, parmi les approches compréhensives qui se centrent sur l'appréciation de la situation globale de l'enfant, les évolutions lexicales issues de la loi du 5 mars 2007. La notion de danger ou de risque de danger permet alors de manière efficiente d'appréhender la situation globale de l'enfant, au-delà de l'angle restrictif de l'existence de violences¹⁹. La notion de (risque de) danger en protection de l'enfance, plutôt que d'entraîner un oubli de la maltraitance, pourrait ainsi pousser l'ensemble des professionnels concernés à intégrer dans leurs analyses et leurs évaluations d'autres éléments que les seuls faits de maltraitance. Cette notion permet d'accorder une place plus importante à l'ensemble des paramètres ayant pu concourir à l'apparition des faits de maltraitance, au niveau des caractéristiques parentales, mais aussi de l'environnement familial élargi et de la qualité des réseaux de solidarité dont dispose la famille^{20,21}. Il s'agira également, en plus de s'intéresser à la relation entre l'enfant maltraité et le parent maltraitant, d'évaluer l'ensemble de la dynamique familiale et de s'interroger aussi sur les possibilités pour l'autre parent²² de garantir la protection de l'enfant concerné et des autres membres de la fratrie²³.

Intérêts et limites dans/pour la production de données chiffrées relatives à la maltraitance intrafamiliale envers les enfants

Les travaux sur la mesure du phénomène de la maltraitance⁹ constatent les difficultés à créer les conditions favorables au recueil de données, les écarts importants retrouvés dans les chiffres produits, et donc les limites rencontrées dans la production de données chiffrées à propos de la maltraitance intrafamiliale, ainsi que leur comparaison potentielle à des fins de recherches et/ou d'évaluation²⁴. Parmi les principales limites constatées dans la production de statistiques relatives à la maltraitance envers les enfants, on retrouve l'absence d'une définition partagée. Selon les seuils et critères retenus pour qualifier les faits de maltraitance, les résultats des études pourront varier de façon importante.

Dans son rapport d'élaboration sur la « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir »²⁵, la Haute Autorité de santé (HAS) rapporte les résultats d'une revue de littérature avec méta-analyse qui avait pour objectif « *d'estimer la prévalence mondiale de la violence physique chez les moins de 18 ans* »²⁶. La prévalence globale de la violence physique déclarée était de 0,3% pour les études dans lesquelles la violence était documentée et de 22,6% pour les études dans lesquelles la violence était déclarée, sans différence apparente entre les filles et les garçons ». La conception de l'étude influence donc de manière importante les résultats produits. Ainsi, le chiffre, souvent cité, de 10% d'enfants victimes de maltraitance dans les pays à haut revenus²⁷ serait à questionner quant à sa validité, car malgré la scientificité des méthodes utilisées, celles-ci sont aussi fonction des différentes catégories de mauvais traitements retenues, de l'appréciation des conséquences observées. Cependant, ce type d'étude en population générale, au-delà des biais identifiés (principalement de déclaration et de mémorisation), permet de prendre en compte d'autres enfants que ceux pris en charge dans les services de protection de l'enfance (retrouvés dans les études dites officielles) et ainsi de s'intéresser à ce qui a longtemps été appelé le chiffre noir²⁸ de la maltraitance (chiffre des situations de maltraitance non repérées par la police, par les services sociaux, etc.). Des études de ce type pourraient donc apporter des données complémentaires et venir affiner et préciser la réalité statistique du phénomène (sur le même modèle que ce qu'apporte l'enquête Virage²⁹ sur la connaissance des violences de genre).

Discussion

Le travail d'approfondissement réalisé pour cette revue de littérature mène au constat d'une hétérogénéité importante des approches tentant de décrire la maltraitance intrafamiliale. Il apparaît, après la lecture et l'analyse, que même si des points d'accord peuvent être trouvés, des différences entre les publications se maintiennent.

L'intérêt de cette revue de littérature repose donc sur son originalité. Elle avait pour vocation, non seulement de proposer des références amenant des éléments de réponses, mais encore de susciter de nouveaux questionnements. Plutôt que de tendre vers une recension complète des travaux existants au sein d'un champ disciplinaire, elle a permis de s'extraire de certains antagonismes³⁰ et de favoriser la mise en dialogue, trop rare, entre les épistémologies¹⁴. Toutefois, et cela constitue le revers de cet intérêt, face au nombre extrêmement conséquent de références scientifiques et pratiques recensables, ce travail ne pouvait tendre vers l'exhaustivité et prend par conséquent le risque de la sélection de certains travaux. Mais en proposant une diversité des approches, nous avons souhaité montrer les enjeux de la prise en compte de ces distinctions et la nécessité d'aborder la maltraitance intrafamiliale sous des angles complémentaires. Ils constituent autant de facettes du phénomène et permettent d'en révéler toute la complexité.

Ainsi, bien que les travaux relevant de l'approche catégorielle, souvent qualifiés d'« objectifs », proposent des définitions et classifications concrètes et mobilisables pour les acteurs, ils ne permettent pas de prendre en considération l'ensemble des situations singulières ni de penser les questions de seuils et des différences, souvent très ténues, entre les formes de maltraitance rencontrées.

Par ailleurs, dans les références relevant de l'approche compréhensive, le terme de maltraitance est en général peu employé et la réalité des faits observés semble parfois se noyer dans les autres concepts utilisés comme dans les vécus subjectifs des professionnels/chercheurs (rapport intime de chacun à l'éducation, l'autorité et la sanction). De plus, en se refusant à la catégorisation pour éviter les risques de simplification, ces travaux s'avèrent souvent peu mobilisables pour quantifier les phénomènes de maltraitance.

Partant de là, les études statistiques deviennent alors particulièrement ardues à réaliser si elles ont l'ambition d'articuler les approches précitées. Malgré ces limites, elles demeurent parfaitement indispensables à une meilleure compréhension du phénomène et pour favoriser le développement des moyens à mettre en œuvre pour le prendre en charge. Ce faisant, et afin de rester rigoureuses, si ces études doivent systématiquement préciser les unités de compte, les sources employées ainsi que la méthode de collecte et les objectifs poursuivis par les auteurs³¹, il est indispensable qu'elles énoncent et acceptent les limites de leurs résultats. Ces limites relevant elles-mêmes des choix d'approche du phénomène retenus par les auteurs, qui doivent aussi être spécifiés.

Conclusion et perspectives

La réalisation de cette revue de littérature sur la maltraitance intrafamiliale a permis de mettre en avant l'intérêt de cette question, aussi bien dans la recherche que dans les pratiques professionnelles.

Ainsi, il semble que malgré le déni qui a entouré la maltraitance envers les enfants pendant de longues périodes³², il y ait aujourd'hui une volonté de questionner cette problématique dans la littérature scientifique nationale et internationale.

Malgré les différences d'approches, un point constitue un réel consensus entre les auteurs : la confrontation à la maltraitance et sa prise en charge nécessitent de repenser et d'adapter les modalités habituelles de travail des professionnels, praticiens comme chercheurs, ainsi que leurs représentations de l'enfant et de la famille. En effet, face à la violence potentielle des situations rencontrées, et à cet « intolérable »³³ que constitue la maltraitance envers les enfants, les cadres de travail couramment admis demandent à être repensés et adaptés en permanence. Dans cette optique, des approches plurifactorielles et pluridisciplinaires sont des soutiens indispensables pour penser et élaborer les prises en charge, que ce soit lors des diagnostics, lors de la détection ou dans les offres thérapeutiques ou éducatives proposées à l'enfant ainsi qu'à son groupe familial comprenant ses parents et sa fratrie. Face à des enfants et des familles qui présenteront des symptomatologies très bruyantes ou parfois particulièrement silencieuses, l'ensemble des auteurs insiste sur l'importance de travailler à plusieurs, de faire appel à d'autres pour analyser et comprendre les situations rencontrées.

Au travers des différentes références étudiées et de la synthèse proposée, l'utilité de la notion de maltraitance intrafamiliale, tout comme celle des différentes approches identifiées, apparaît manifeste. La seule condition semble être que celles-ci soient articulées les unes avec les autres dans une prise de conscience réflexive des intérêts et des limites de chacune d'elles.

Même si l'absence de définition claire et générale peut sembler regrettable, la maltraitance ne semble pas pouvoir être enfermée dans une définition univoque et figée, tant les réalités qu'elle recouvre demandent à être sans cesse interrogées et reprises à la lumière des apports de chacun. Considérer la maltraitance comme un processus relationnel à l'œuvre entre parent(s) et enfant(s) – relation elle-même inscrite et fonction d'une famille, elle-même au sein d'un contexte sociétal donné – aide à la considérer dans toute sa complexité et à s'intéresser à l'ensemble des facteurs concourant à sa survenue et aux différents niveaux d'analyse nécessaires. Seules des approches concertées (médicale, sociale, sociologique, épidémiologique, juridique, psychologique, etc.) favorisent des démarches à la fois descriptives, compréhensives et évaluatives nécessaires à la bonne prise en charge des enfants et des familles.

La notion de maltraitance est donc à l'interface de différents champs disciplinaires dont aucun ne peut prétendre détenir l'exclusivité pour l'appréhender. Plutôt que de mettre dos à dos ces différentes approches, il s'agit davantage de les faire dialoguer, au service de la compréhension, la quantification, la prévention et la prise en charge de ce phénomène. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Schom AC. Revue de littérature : La maltraitance intra-familiale envers les enfants. Paris: Observatoire national de la protection de l'enfance ; 2016. 287 p. <https://oned.gouv.fr/publications/maltraitance-intrafamiliale-envers-enfants-revue-litterature>
- [2] Observatoire national de la protection de l'enfance. Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Paris: ONPE. 2016. 21 p. <https://oned.gouv.fr/publications/protection-lenfant-nouvelles-dispositions-isues-loi-ndeg2016-297-14-mars-2016>
- [3] World Health Organization. Social change and mental health. Violence and injury prevention. Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999. [Internet]. Geneva: WHO; 1999. 54 p. (WHO/HSC/PVI/99.1). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
- [4] Organisation mondiale de la santé. Maltraitance des enfants. [Internet]. https://www.who.int/topics/child_abuse/fr/
- [5] Rey-Salmon C, Adamsbaum C. Maltraitance chez l'enfant. Paris: Lavoisier Médecine Sciences Publications. 2013. 230 p.
- [6] Conte P. La maltraitance infantile : essai d'une typologie de droit pénal. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2015;1(1): 91-101.
- [7] Gérard M. Guide pour prévenir la maltraitance. Bruxelles: Yapaka.be, Temps d'arrêt; 2014. 62 p.
- [8] Garret-Gloanec N, Pernel AS. Conséquences des négligences parentales sur les bébés. *L'information psychiatrique*. 2012;88(3):195-207.
- [9] Benarous X, Consoli A, Raffin M, Cohen D. Abus, maltraitance et négligences : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014;62(5):299-312.
- [10] Golse B. La maltraitance infantile, par-delà la bienpensée. Bruxelles: Yapaka.be, Temps d'arrêt; 2013. 34 p.
- [11] Rouyer M. Psychopathologie de l'enfant maltraité et de sa famille. *Médecine thérapeutique pédiatrie*. 2011;(1):24-30.
- [12] Lopez G. Prendre en charge les victimes d'agressions et d'accidents. Accueillir, orienter et traiter. Paris: Dunod; 2014. 240 p.
- [13] Missonnier S, Robineau C. La prévention de la maltraitance en périnatalité. In Braconnier A, Golse B, editors. *Bébés agressifs, bébés agressés*. Toulouse: Érès; 2008. 43-62.
- [14] Govindama Y. Un état des lieux de la maltraitance des jeunes enfants en France. Les enjeux psychiques dans la relation mère-enfant. *Devenir*. 2014;26(4): 261-90.
- [15] Ben Hamed S. Les troubles relationnels mère-enfant – Une psychothérapie en milieu judiciaire. Paris: L'Harmattan; 2012. 289 p.
- [16] Robin M, Corcos M. Recueil des phénomènes de maltraitements chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Rapport final. Paris: Oned; 2015. 98 p.
- [17] De Becker E, Cabillau E, Chapelle S. Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. *Thérapie familiale*. 2011;32(2): 231-51.
- [18] Clément M, Chamberland C, Tourigny M, Mayer M. Taxinomie des besoins des enfants dont les mauvais traitements ou les troubles de comportement ont été jugés fondés par la direction de la protection de la jeunesse. *Child Abuse & Neglect*. 2009;33(10):750-65.
- [19] Bellon L. A quoi sert un juge des enfants ? *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 2011;14(1):38-46.
- [20] Barudy J. La violence individuelle comme organisatrice de la subjectivité individuelle, familiale et sociale : l'approche systémique de la maltraitance d'enfants. [Internet]. 19 p. <http://www.yapaka.be/professionnels/texte/approche-systemique-de-la-maltraitance-d-enfants>
- [21] Desquesnes G, Beynier D. Parcours de vie et réseaux personnels de familles dites maltraitantes. *La revue internationale de l'éducation familiale*. 2012;31(1):97-121.
- [22] Ayoun P, Romano H. Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant. Toulouse: Érès; 2013. 294 p.
- [23] Faoro-Kreit B. Les enfants et l'alcoolisme parental. La question de la transmission et l'apport de la fratrie comme modèle thérapeutique. Toulouse: Érès. 2011. 296 p.
- [24] Tursz A. Les oubliés : Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Seuil. 2010. 420 p.
- [25] Haute Autorité de santé. Rapport d'élaboration. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Saint-Denis: HAS. 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
- [26] Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Alink LR. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *Int J Psychol*. 2013;48(2):81-94.
- [27] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
- [28] Guyavarch E. Une estimation du « chiffre noir » de l'enfance en danger par le biais des enquêtes de victimation. Paris: Note 1. Observatoire national de l'enfance en danger; 2008. 6 p. http://oned.gouv.fr/system/files/publication/note1_chiffre_noir_2008_5.pdf
- [29] Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charruault A, et al. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Paris: Documents de travail 229. Paris: Institut national d'études démographiques; 2017. 67 p. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
- [30] Gabel M, Durning P, Abriat P, Berger M, Breugnot P, Crouch J, et al. Évaluation(s) des maltraitements : rigueur et prudence. Paris: Fleurus psychopédagogie; 2002. 390 p.
- [31] Observatoire national de la protection de l'enfance. Enfants en (risque de) danger, enfants protégés : quelles données chiffrées ? Onzième rapport au gouvernement et au parlement. Paris: ONPE; 2016. https://www.onpe.gouv.fr/publications?field_categorie_publication_tid=196&page=1
- [32] Gabel M. La maltraitance faite aux enfants. Paris: Haut Conseil de la santé publique, Actualité et dossier en santé publique. 2000;(31):26-34. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=53>
- [33] Schultheis F, Frauenfelder A, Delay C. 2007. Maltraitance. Contribution à une sociologie de l'intolérable. Paris: Questions sociologiques, L'Harmattan; 2007. 267 p.

Citer cet article

Schom AC, Jamet L, Oui A. Maltraitance intrafamiliale envers les enfants : définitions d'une notion équivoque. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(26-27):514-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_1.html

EFFETS À COURT ET À LONG TERME DE LA MALTRAITANCE INFANTILE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNE

// SHORT AND LONG TERM IMPACT OF CHILD MALTREATMENT ON INDIVIDUAL DEVELOPMENT

Sonia Hélie¹ (sonia.helie.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca), Marie-Ève Clément²

¹ Institut universitaire Jeunes en difficulté, Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal, Canada

² Université du Québec en Outaouais, Département de psychologie et de psychoéducation, Saint-Jérôme, Canada

Soumis le 22.03.2019 // Date of submission: 03.22.2019

Résumé // Abstract

Qu'elle se manifeste sous forme d'actes de nature physique (abus physique) ou psychologique (maltraitance psychologique, exposition à la violence conjugale) ou d'omission de réponse aux besoins des enfants (négligence), la maltraitance touche de nombreux enfants chaque année. La communauté scientifique, de même que l'Organisation mondiale de la santé, reconnaissent d'ailleurs désormais cette problématique comme un sérieux problème de santé publique. Les conséquences qu'elle entraîne sur le développement de la personne sont importantes et de plus en plus documentées de manière longitudinale.

Cet article présente un survol des connaissances sur les conséquences à court et à long termes de la maltraitance envers les enfants. Plus précisément, les conséquences sur les plans socio-affectif, physique, neurobiologique et cognitif sont abordées. Sont également discutés les impacts de la maltraitance selon leur chronicité et leur cooccurrence.

L'article conclut sur l'importance d'agir en amont le plus tôt possible pour contrer cette problématique.

Whether it takes the form of acts of a physical (physical abuse) or psychological nature (emotional abuse, exposure to domestic violence) or failure to meet children's needs (neglect), maltreatment affects many children each year. The scientific community, as well as the World Health Organization, now recognize this issue as an important public health issue. The consequences it has on the development of the person are important and increasingly documented in a longitudinal way.

This article provides an overview of what is known about the short- and long-term consequences of child maltreatment. More specifically, the socio-emotional, physical, neurobiological and cognitive consequences are discussed. The impacts of maltreatment are also discussed, according to their chronicity and co-occurrence.

The article concludes on the importance of acting upstream as soon as possible to counter this problem.

Mots-clés : Maltraitance envers les enfants, Abus, Négligence, Conséquences

// **Keywords:** Child maltreatment, Abuse, Neglect, Consequences

Introduction

Depuis ces dernières décennies, le développement des connaissances a permis de rendre compte non seulement de l'ampleur et de l'étiologie des différentes manifestations de maltraitance envers les enfants, mais aussi des impacts sur leur développement, menant la communauté scientifique^{1,2} et l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³ à l'identifier comme un réel problème de santé publique. Les effets à court et à long terme de la maltraitance sur le développement socio-affectif, physique, neurobiologique et cognitif de l'individu sont importants et ce, peu importe la forme (abus physique, abus sexuel, négligence, maltraitance psychologique, exposition à la violence conjugale)⁴⁻⁶. En outre, la maltraitance envers les enfants entraîne également des conséquences au plan sociétal. Au Canada par exemple, on estime à 15,7 milliards le coût annuel

de la maltraitance, incluant les coûts directs et indirects⁷. Ces coûts sont encore plus élevés aux États-Unis puisqu'ils sont estimés à plus de 124 milliards de dollars, ce qui représente au niveau individuel environ 210 000 dollars, incluant les frais médicaux à long terme, la perte de productivité et les frais légaux⁸. En Asie, les retombées économiques de la maltraitance envers les enfants sont estimées entre 1,4% et 2,5% du produit intérieur brut annuel selon les régions⁹.

Cet article vise à présenter de façon synthétique l'état des connaissances actuelles concernant les effets de la maltraitance infantile sur le développement de la personne et la santé, tant à court terme qu'à long terme. Il se base sur un état des connaissances publié en 2018 par l'Institut national de Santé publique du Québec¹⁰ et repose sur une synthèse (non exhaustive) de méta-analyses, recensions narratives et systématiques publiées depuis 2000.

Les bases de données bibliographiques suivantes ont été interrogées : Medline, Psychinfo, Scopus, Social Services Abstracts, Erudit. Trois catégories de mots clés ont été incluses dans l'énoncé de recherche : maltraitance (15 mots-clés), petite enfance (8 mots clés) et effets (7 mots clés). Une recherche par noms d'auteurs a également été réalisée pour compléter la recherche bibliographique. Il s'agit principalement de recherches menées dans les pays occidentaux.

La notion de maltraitance utilisée dans ces travaux et dans le présent article englobe toutes les formes de négligence, de violence ou d'abus susceptibles de nuire à la sécurité, au développement et à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant. Il s'agit à la fois d'omissions, c'est-à-dire de l'absence de réponse aux besoins d'ordre physique, psychologique et social de l'enfant, et d'actes dirigés directement ou indirectement contre celui-ci. Plus concrètement, la maltraitance peut prendre la forme d'abus physiques ou sexuels, de négligence physique, émotionnelle, médicale ou éducative, d'abandon ou d'abus psychologique, incluant l'exposition à la violence conjugale.

Dans le présent article, les effets associés à la maltraitance ne sont pas systématiquement distingués selon la forme de maltraitance. En effet, on reconnaît qu'il existe d'une part des impacts multiples à une même forme de maltraitance et, d'autre part, que différentes formes de maltraitance peuvent mener à un même impact sur le développement de l'enfant¹¹⁻¹⁴. Ainsi, la littérature examinée a permis de dégager trois grands domaines du développement de la personne qui peuvent être affectés par la maltraitance : socio-affectif et comportemental, physique, neurobiologique et cognitif. Ces domaines sont abordés tour à tour dans le présent article.

Conséquences socio-affectives et comportementales

Sur le plan socio-affectif, la recherche démontre que les enfants qui sont négligés, abusés psychologiquement ou physiquement présentent davantage de retrait, d'évitement, de symptômes dépressifs, d'anxiété, et une faible estime de soi comparative-ment aux enfants n'ayant pas subi de maltraitance¹⁵⁻²¹. Les enfants victimes de maltraitance, surtout dans les formes physiques, sont aussi à risque de développer des troubles alimentaires⁵. Concernant les difficultés comportementales associées à la maltraitance, on compte, entre autres, la colère, l'agressivité, l'impulsivité, de même que les comportements d'opposition, la délinquance et la consommation abusive de drogue et d'alcool^{5,15,16,18-20,22}. Les symptômes dépressifs, l'anxiété et les problèmes de consommation représentent les conséquences documentées de l'abus physique et de la négligence pour lesquelles les évidences scientifiques sont les plus solides⁵. Enfin, d'autres dimensions du développement socio-affectif, comme la qualité de l'attachement entre l'enfant et la personne qui s'en occupe au quotidien ainsi que ses interactions sociales sont

affectées négativement par la maltraitance, surtout si elle est subie avant l'âge scolaire^{19,22}. Les jeunes enfants victimes de maltraitance sont aussi à risque de développer des difficultés dans la reconnaissance et la compréhension des émotions chez les autres²³. Depuis les années 1990, plusieurs études indiquent que les enfants victimes de maltraitance sont plus à risque de développer un état de stress post-traumatique (ESPT)²⁴⁻²⁶. À plus long terme, la maltraitance infantile est également associée à la survenue de violences dans les relations intimes (ex. : conjugale, parentale), l'abus de substances, divers problèmes de santé mentale (ex. : anxiété, dépression, trouble alimentaire), des idées suicidaires et le décrochage scolaire^{5,11,27-29}.

Conséquences physiques

De plus en plus d'études rapportent des effets négatifs de la maltraitance sur la santé physique. Le fait de secouer un bébé, par exemple, peut modifier la structure de son cerveau et engendrer des dommages permanents causant des retards et des déficits psychomoteurs, des difficultés d'apprentissages, des problèmes visuels ou auditifs, de l'épilepsie, de la paralysie et, dans certains cas plus rares, le décès^{20,30}. Des problèmes de santé tels que la malnutrition, des problèmes de vision ou des problèmes bucco-dentaires³¹ et certaines maladies chroniques telles que l'asthme, les maladies cardio-respiratoires ou encore le diabète peuvent aussi être causés ou aggravés par la maltraitance^{31,32} et peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte³³. Les évidences scientifiques sur les impacts physiques à long terme de la maltraitance sont toutefois considérées soit faibles ou inconsistantes d'une étude à l'autre et les résultats devraient, en ce sens, être interprétés avec prudence⁵. En effet, les mécanismes par lesquels l'expérience de maltraitance pourrait influencer la santé physique sont encore mal connus. Néanmoins, le développement des travaux sur l'incorporation biologique de l'environnement (ou *embodiment*) offrent des pistes d'explication intéressantes. Ces travaux montrent que l'exposition précoce et chronique à des situations de vie adverses peut avoir des effets biologiques à long terme, notamment en influençant le système de réponse au stress ou même l'expression de certains gènes³⁴. Il faut souligner par ailleurs que les études menées auprès de populations humaines dans ce domaine sont relativement rares et qu'il s'agit d'un champ de recherches en développement.

Conséquences neurobiologiques et cognitives

Des conséquences sur le plan neurologique et cognitif, telles que les problèmes d'attention, la dégradation des fonctions exécutives et des habiletés cognitives plus faibles ont été rapportées dans les études, tant en lien avec l'abus que la négligence^{17,19,21,35-38}. Récemment, une recension des écrits de Nemeroff⁶ montrait que des altérations biologiques persistantes étaient associées à la maltraitance infantile, y compris des modifications des systèmes neuroendocriniens et neurotransmetteurs.

Les impacts négatifs sur le fonctionnement cognitif peuvent, quant à eux, se faire sentir dès l'âge de 3 ans¹⁷. La maltraitance est aussi associée au ralentissement du développement du langage^{19,36,38,39}, et particulièrement dans les cas de négligence⁴. Les résultats des études ont d'ailleurs montré que les enfants ayant des antécédents de maltraitance connaissaient souvent des altérations de leurs résultats scolaires. Plus précisément, la maltraitance serait associée à des retards dans le niveau scolaire de l'enfant par rapport à son âge, à une plus faible performance académique et à la participation à des programmes d'adaptation scolaire (parcours particuliers, ou *special education interventions*)⁴⁰. En outre, Manly et ses collègues³⁹ se sont intéressés à la performance académique chez les enfants d'un milieu à risque et rapportent que les enfants négligés à l'âge de 4 ans obtenaient des résultats académiques plus faibles en première année du primaire comparativement aux enfants qui n'étaient pas négligés.

Facteurs aggravants

Plus une forme de maltraitance est considérée comme sévère, plus elle se présente tôt dans la vie de l'enfant, est récurrente et survient en cooccurrence avec d'autres formes, plus les impacts à court et à long termes sont importants^{5,11,12,41,42} et irréversibles au plan neurobiologique⁶.

D'une part, en ce qui concerne l'effet aggravant de la précocité de la maltraitance, cela est en grande partie attribuable à la plus grande vulnérabilité des tout-petits. Ainsi, concernant la répercussion de la maltraitance sur les structures cérébrales, l'âge est particulièrement important. De 0 à 36 mois, la plasticité cérébrale est maximale, rendant cette période particulièrement sensible. Cependant, la croissance du cerveau de l'enfant ne se fait pas de façon homogène, elle débute pendant la période prénatale et se poursuit jusqu'à la fin de l'adolescence. Certaines zones se développent plus précocement et plus rapidement. Les régions hippocampiques seraient ainsi plus vulnérables au stress de la naissance à deux ans, alors que les zones frontales continuent leurs développements jusqu'à la fin de l'adolescence et seraient ainsi plus sensibles à des traumatismes plus tardifs⁴³. De plus, c'est lors de ces premiers mois que se mettent en place les liens entre l'enfant et les adultes qui en prennent soin, en premier lieu ses parents. Pendant cette période, leur dépendance à l'adulte pour les soins quotidiens et la réponse aux besoins de base est totale. Ces besoins sont d'ordre physiologique et de santé, mais également du domaine de la sécurité affective et relationnelle⁴⁴.

D'autre part, en ce qui concerne l'effet aggravant de la cooccurrence, cela se présente comme un cumul des expériences vécues, que ce soit par la cooccurrence des différentes formes de maltraitance ou par leur combinaison avec d'autres événements de vie aversifs considérés comme ayant un potentiel traumatique (ex. : vivre un désastre naturel, décès, incarcération ou hospitalisation d'un parent). À cet égard, les résultats des études sur la polyvictimisation

soulignent que l'accumulation des victimisations, incluant la maltraitance, joue un rôle plus important que leurs formes individuelles pour expliquer les problèmes socio-affectifs et comportementaux^{45,46}. Dans la même veine, certains chercheurs postulent que les facteurs de risque présents dans la famille contribuent également à expliquer les impacts de la maltraitance sur l'enfant⁴⁷. Le cumul peut aussi prendre la forme d'expériences de maltraitance qui s'échelonnent et évoluent tout au long de l'enfance et de l'adolescence ; d'ailleurs, la maltraitance est un facteur de risque connu de la re-victimisation⁴⁸ et de la polyvictimisation. En outre, les risques de victimisation répétée sont plus importants lorsque la première victimisation a été vécue en bas âge comparativement à l'adolescence⁴⁸. Les résultats de l'étude québécoise de Cyr et coll.⁴⁵ indiquent aussi que les catégories de victimisation les moins prévalentes (soit l'abus physique, l'abus sexuel et la négligence) ont été vécues de manière disproportionnée par les polyvictimes, c'est-à-dire celles ayant vécu plus d'une forme de victimisation au cours de leur vie, en comparaison aux jeunes non-polyvictimes. En outre, l'effet cumulatif peut être transporté à l'âge adulte et contribuer ainsi au cycle de l'adversité et de la violence familiale⁴⁹.

Des conséquences diverses et complexes

Non seulement les enfants victimes de maltraitance sont plus à risque de vivre un ESPT, mais de plus en plus d'experts conceptualisent la sévérité et la diversité des symptômes observés chez plusieurs enfants maltraités en termes de traumatisme complexe⁵⁰⁻⁵³. Le trauma complexe se distingue du traumatisme simple par le caractère interpersonnel et répété de l'événement traumatique et par le fait que l'événement survienne durant une période vulnérable du développement de la personne. Bien au-delà des symptômes habituels de l'ESPT que sont l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance, le trauma complexe altère plusieurs domaines du fonctionnement de la personne : les modes relationnels tels que la capacité d'attachement, le niveau des hormones de stress dans le sang, la régulation des émotions, la dissociation, la gestion des comportements, les cognitions et fonctions exécutives, ainsi que l'identité⁵⁴.

Conclusion

Il est largement convenu que les différentes formes de maltraitance envers les enfants constituent un problème social important qui impose non seulement des interventions réactives ou curatives, mais aussi des interventions préventives^{55,56}. Au regard de ses conséquences sur le développement de la personne, c'est également un problème de santé publique important.

Pour prévenir la maltraitance, la mise en place de conditions propices à des relations parent-enfant adaptées est à privilégier, afin que le plus grand nombre d'enfants possible puissent grandir au sein d'une famille exempte de dynamiques coercitives,

violentes, abusives ou négligentes. À cet effet, les travaux entourant la théorie de l'attachement, pour laquelle le lien entre l'enfant et sa figure d'attachement principale revêt une importance capitale, ont bien démontré l'importance de la qualité de la relation parent-enfant pour permettre à l'enfant d'acquiescer le sentiment de sécurité nécessaire à l'exploration de son environnement et à des modes relationnels positifs⁵⁷. Parmi les stratégies de prévention de la maltraitance, les programmes de visites à domicile, tels que le *Nurse Family Partnership* et le *Early Start*, de même que les programmes de développement des habiletés parentales tels que *Triple P-Positive Parenting Program*, comptent parmi les plus utilisés et les plus probants en termes d'efficacité⁵⁸⁻⁶⁰. La création d'environnements favorables aux familles par des moyens économiques, médiatiques, légaux et éducatifs est nécessaire à la prévention de la maltraitance, car elle permet de limiter les difficultés dans la vie familiale et générer un climat social et communautaire bienveillant pour les parents et les enfants.

Pour terminer, soulignons qu'une réponse adéquate au problème de la maltraitance, par la mise en place d'interventions curatives et préventives, suppose avant tout l'existence de données de fréquence fiables à partir desquelles les progrès et les reculs peuvent être mesurés à grande échelle. Or, très peu de pays dans le monde sont en mesure de chiffrer de manière fiable la fréquence et la nature de la maltraitance infantile au sein de leur population.

Trois sources de données nous semblent essentielles et mutuellement complémentaires pour bien rendre compte de la fréquence et de l'évolution de la maltraitance. Les statistiques annuelles publiées chaque année par certains gouvernements, à partir des données administratives consignées dans leurs systèmes d'information, constituent un premier pas incontournable. Les États-Unis et l'Australie, notamment, font cet exercice depuis plusieurs années^{61,62}. À cet égard, la France, via l'Observatoire national de protection de l'enfance (ONPE), a publié en janvier 2018 quatre chiffres-clés en protection de l'enfance : 1) nombre de mineurs et jeunes majeurs suivis au 31 décembre 2016 ; 2) nombre de mineurs ayant fait l'objet de la saisine d'un juge des enfants en protection de l'enfance ; 3) nombre d'infanticides enregistrés en 2016 par les forces de sécurité ; 4) les dépenses en protection de l'enfance⁶³.

Toutefois, ces données administratives offrent généralement peu de renseignements sur la sévérité des cas, le profil psychosocial des enfants maltraités et les caractéristiques de leur milieu de vie. Une autre source de données essentielle provient des études d'incidence qui sont menées auprès des professionnels des services de protection (ou d'autres agences de services sociaux). Ces études permettent d'aller au-delà des données administratives, en documentant la nature et la sévérité des situations connues de ces services, ainsi que le profil clinique des enfants et les caractéristiques de leur milieu familial. À notre connaissance, seuls le Canada, les États-Unis et les Pays-Bas se sont dotés de tels outils⁶⁴⁻⁶⁹. Les

données provenant de ces études sont collectées de manière périodique et tiennent compte de la part de la maltraitance qui est connue des services.

Enfin, les enquêtes populationnelles, réalisées directement auprès d'un échantillon représentatif des ménages, constituent une troisième source de données incontournable, en documentant plus largement la prévalence de la violence à l'endroit des enfants. Le Canada et les États-Unis produisent de telles enquêtes périodiquement^{70,71}. Ces enquêtes estiment l'ampleur des cas de violence et de négligence tels que déclarés par les parents⁷⁰ ou les enfants eux-mêmes^{45,72} qui ne sont pas nécessairement signalés aux autorités, parce qu'ils sont méconnus ou qu'ils concernent des situations en apparence moins sévères, telles que la punition corporelle⁷³. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Covington T. The public health approach for understanding and preventing child maltreatment: A brief review of the literature and a call to action. *Child Welfare*. 2013;92(2):21-39.
- [2] Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, *et al.* Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
- [3] Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8.
- [4] Sylvestre A, Bussièrès EL, Bouchard C. Language problems among abused and neglected children: A meta-analytic review. *Child Maltreat*. 2016;21(1):47-58.
- [5] Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Plos Med*. 2012; 9(11):e1001349.
- [6] Nemeroff CB. Paradise lost: The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*. 2016;89(5):892-909.
- [7] Bowlus A, McKenna K, Day T, Wright D. Coûts et conséquences économiques des sévices infligés aux enfants au Canada. Ottawa: Commission du droit du Canada; 2003. 192 p.
- [8] Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl*. 2012;36(2):156-65.
- [9] Fang X, Fry DA, Brown DS, Mercy JA, Dunne MP, Butchart AR, *et al.* The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse Negl*. 2015;42:146-62.
- [10] Clément ME, Gagné, M-H, Hélie, S. La violence et la maltraitance envers les enfants. Rapport québécois sur la violence et la santé. Sainte-Foy: Institut national de Santé publique; 2018. 367 p. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante>
- [11] Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse Negl*. 2008;32(8):797-810.
- [12] Bolger KE, Patterson CJ. Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Dev Psychopathol*. 2001;13(4):913-40.
- [13] Cicchetti D. Child maltreatment: Implications of developmental theory. *Human Dev*. 1996;39(1):18-39.

- [14] Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol.* 1997;9(4):797-815.
- [15] Clarkson Freeman PA. Prevalence and relationship between adverse childhood experiences and child behavior among young children. *Infant Ment Health J.* 2014;35(6):544-54.
- [16] Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr RH. Child neglect: Outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics.* 2002;109(6):1100-7.
- [17] Font SA, Berger LM. Child maltreatment and children's developmental trajectories in early to middle childhood. *Child Dev.* 2015;86(2):536-56.
- [18] Godinet MT, Li F, Berg T. Early childhood maltreatment and trajectories of behavioral problems: Exploring gender and racial differences. *Child Abuse Negl.* 2014;38(3):544-56.
- [19] Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, *et al.* Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: A systematic review. *JAMA Pediatr.* 2013;167(8):769-75.
- [20] Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. *Can Fam Physician.* 2013;59(8):831-36.
- [21] Thompson R, Tabone JK. The impact of early alleged maltreatment on behavioral trajectories. *Child Abuse Negl.* 2010;34(12):907-16.
- [22] Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl.* 2002;26(7-8):979-95.
- [23] Luke N, Banerjee R. Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Dev Review.* 2013;33(1):1-28.
- [24] Adam BS, Everett BL, O'Neal E. PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1992;23(1):3-8.
- [25] Kendall Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993;113(1):164-80.
- [26] Merry SN, Andrews LK. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(7):939-44.
- [27] Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;190:47-55.
- [28] Maguire SA, Williams B, Naughton AM, Cowley LE, Tempest V, Mann MK, *et al.* A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. *Child Care Health Dev.* 2015;41(5):641-53.
- [29] Watts-English T, Fortson BL, Gibler N, Hooper SR, De Bellis MD. The psychobiology of maltreatment in childhood. *J Soc Issues.* 2006;62(4):717-36.
- [30] Lind K, Laurent-Vannier A, Toure H, Brugel DG, Chevignard M. Le syndrome du bébé secoué : les séquelles? *Arch Pediatr.* 2013; 20(4):446-8.
- [31] Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health.* 2012;102(6):1135-44.
- [32] Lanier P, Jonson-Reid M, Stahlschmidt MJ, Drake B, Constantino J. Child maltreatment and pediatric health outcomes: A longitudinal study of low-income children. *J Pediatric Psychol.* 2010;35(5):511-22.
- [33] Afifi TO, MacMillan HL, Boyle M, Cheung K, Taillieu T, Turner S, *et al.* La maltraitance à l'égard des enfants et la santé physique à l'âge adulte. Ottawa : Statistique Canada. *Rapports sur la santé.* 2016;27(3):11-20.
- [34] Kelly-Irving M, Mabile L, Grosclaude P, Lang T, Delpierre C. The embodiment of adverse childhood experiences and cancer development: Potential biological mechanisms and pathways across the life course. *Int J Public Health.* 2013;58(1):3-11.
- [35] Beers SR, De Bellis MD. Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 2002;159(3):483-6.
- [36] De Bellis MD, Hooper SR, Spratt EG, Wooley DP. Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *J Int Neuropsychol Soc.* 2009; 15(6):868-78.
- [37] Nolin P, Éthier L. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse Negl.* 2007;31(6):631-43.
- [38] Porter C, Lawson JS, Bigler ED. Neurobehavioral sequelae of child sexual abuse. *Child Neuropsychol.* 2005;11(2):203-20.
- [39] Manly JT, Lynch M, Oshri A, Herzog M, Wortel SN. The impact of neglect on initial adaptation to school. *Child Maltreat.* 2013;18(3):155-70.
- [40] Romano E, Babchishin L, Marquis R, Fréchette S. Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma Violence Abuse.* 2015;16(4):418-37.
- [41] Manly JT, Cicchetti D, Barnett D. The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Dev Psychopathol.* 1994;6(1):121-43.
- [42] Manly JT, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Dev Psychopathol.* 2001;13(4):759-82.
- [43] Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci.* 2009;10(6), 434-45.
- [44] Bolter F, Keravel E, Oui A, Schom A-C, Séraphin G. Les besoins fondamentaux de l'enfant. Une revue bibliographique internationale. *Revue des politiques sociales et familiales.* 2017;(124):105-12.
- [45] Cyr K, Clément ME, Chamberland C. Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health. *J Interpers Violence.* 2014;29(4):616-34.
- [46] Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Soc Sci Med.* 2006;62(1):13-27.
- [47] MacKenzie MJ, Kotch JB, Lee LC. Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Child Youth Serv Rev.* 2011;33(9):1638-47.
- [48] Widom CS, Czaja SJ, Dutton MA. Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse Negl.* 2008;32(8):785-96.
- [49] Levendosky AA, Graham-Bermann SA. The moderating effects of parenting stress on children's adjustment in woman abusing families. *J Interpers Violence.* 1998;13(3):383-97.
- [50] Collin-Vézina D, Milot T, Godbout N. Concepts, séquelles et interventions liées au trauma complexe. In: Dufour S, Clément ME, editors. *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* (2^e édition). Montréal: Éditions CEC; 2019. p 171-84.
- [51] D'Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazolla J, van der Kolk BA. Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Am J Orthopsychiatry.* 2012;82(2):187-200.

- [52] Milot T, Collin-Vézina D, Milne L. Traumatisme complexe : enjeux conceptuels, évaluation et intervention. Montréal: Observatoire sur la maltraitance envers les enfants. 2013.
- [53] Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview. *Am J of Psychiatry*. 1991;148(1):10-20.
- [54] Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, *et al*. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*. 2005;35(5):390-8.
- [55] Gagné MH, Drapeau S, Saint-Jacques MC. Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la maltraitance envers les enfants? In: Gagné MH, Drapeau S, Saint-Jacques MC, editors, *Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir*. Québec: Presses de l'Université Laval; 2012. p. 9-40.
- [56] Lavergne C, Dufour S. Prévention et traitement en matière d'abus physique envers les enfants. In: Clément ME, Dufour S, editors. *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Montréal: Éditions CEC; 2009. p. 31-46.
- [57] Bowlby J. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books; 1988. 136 p.
- [58] MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet*. 2009;373(9659):250-66.
- [59] Nelson G, Caplan R. The prevention of child physical abuse and neglect: An update. *Journal of Applied Research on Children*. 2014;5(1):1-3.
- [60] Prinz RJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzker JR. Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. triple p system population trial. *Prev Sci*. 2009;10(1):1-12.
- [61] Australian Institute of Health and Welfare. *Child Welfare Series no 63: Child protection Australia 2014-2015*. Canberra: Australian Government. 2016. 154 p.
- [62] U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. *Child maltreatment 2014*; 2016. 248 p.
- [63] Observatoire national de la protection de l'enfance. *Chiffres-clés en protection de l'enfance*. Paris: ONPE; 2018. 8 p.
- [64] Euser S, Alink LR, Pannebakker F, Vogels T, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. *Child Abuse Negl*. 2013;37(10): 841-51.
- [65] Fallon B, Van Wert M, Trocmé N, MacLaurin B, Sinha V, Lefebvre R, *et al*. Ontario incidence study of reported child abuse and neglect-2013 (OIS-2013). Toronto: Child Welfare Research Portal; 2015. 113 p.
- [66] Hélie S, Collin-Vézina D, Turcotte D, Trocmé N, Girouard N. Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014) : rapport final. Montréal: ministère de la Santé et des Services sociaux, Agence de santé publique du Canada; 2017. 132 p.
- [67] MacLaurin B, Trocmé N, Fallon B, Sinha V, Feehan R, Enns R, *et al*. Alberta incidence study of reported child abuse and neglect-2008 (AIS-2008): Major findings. Calgary: University of Calgary; 2013. 100 p.
- [68] Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M, Petta I, McPherson K, Greene A, *et al*. Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4): Report to congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families; 2010. 455 p.
- [69] Trocmé N, Fallon B, MacLaurin B, Sinha V, Black T, Fast E, *et al*. Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. Rates and outcomes of maltreatment-related investigations in CIS-1998, CIS-2003 and CIS-2008. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2010. p. 22-29.
- [70] Clément ME, Julien D, Lévesque S, Flores J. La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête. Québec: Institut de la statistique du Québec; 2019. 150 p.
- [71] Clément ME, Chamberland C, Bouchard C. Prevalence, co-occurrence and decennial trends of family violence toward children in the general population. *Can J Public Health*. 2015;106(S7):eS31-7.
- [72] Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse Negl*. 2009;33(7):403-11.
- [73] Clément ME, Chamberland C. Trends in corporal punishment and attitudes in favour of this practice: Toward a change in societal norms. *CJCMH*. 2014;33(2):13-29.

Citer cet article

Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(26-27):520-5. http://beh.sante publiquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html

ESTIMATION DE LA PRÉVALENCE DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN, HOSPITALISÉS EN FRANCE POUR MALTRAITANCE PHYSIQUE SUR LA PÉRIODE 2007-2014

// ESTIMATED PREVALENCE OF CHILDREN UNDER 1 YEAR OLD, HOSPITALIZED IN FRANCE FOR PHYSICAL ABUSE BETWEEN 2007-2014

Séverine Gilard-Pioc¹, Jonathan Cottenet^{2,3}, Irène François-Purcell¹, Catherine Quantin^{2,3,4} (catherine.quantin@chu-dijon.fr)

¹ Service de Médecine légale, Univ. Bourgogne Franche-Comté, Dijon, France

² Service de biostatistiques et d'information médicale (DIM), CHRU Dijon, Université de Bourgogne, Dijon, France

³ Inserm, CIC 1432, Dijon University Hospital, Clinical Investigation Center, clinical epidemiology/clinical trials unit, Dijon, France

⁴ Biostatistics, Biomathematics, Pharmacoepidemiology and Infectious Diseases (B2PHI), Inserm, UVSQ, Institut Pasteur, Université Paris-Saclay, Paris, France

Soumis le 30.04.2019 // Date of submission: 04.30.2019

Résumé // Abstract

Introduction – La maltraitance envers les enfants est un problème majeur de santé publique dont la documentation épidémiologique reste encore très imprécise. Nous proposons une estimation de la prévalence des enfants âgés de moins d'un an hospitalisés pour maltraitance physique et leur taux de mortalité intra-hospitalière.

Matériel-méthodes – Cette étude nationale et rétrospective utilise les données médico-administratives hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Nous avons inclus tous les enfants âgés de 1 mois à 1 an, résidant en France métropolitaine et dans les quatre DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion), hospitalisés en France sur 2007-2014. Trois groupes ont été définis : le groupe 1 des enfants maltraités physiquement, le groupe 2 des enfants possiblement maltraités physiquement, et le groupe 3 (groupe témoin) incluant tous les autres enfants hospitalisés. L'estimation basse de la prévalence est calculée avec, au numérateur, le nombre d'enfants du groupe 1 et l'estimation haute le nombre d'enfants des groupes 1 et 2 ; le dénominateur est le nombre d'enfants de moins d'un an en France entre 2007-2014.

Résultats – Ont été inclus : 2 585 enfants dans le groupe 1, 4 333 dans le groupe 2 et 926 405 dans le groupe 3. La prévalence sur une période de huit ans des cas de maltraitance physique à enfant hospitalisé de moins d'un an a été estimée entre 0,04% (groupe 1) et 0,11% (groupes 1+2). La mortalité intra-hospitalière à un an a été estimée entre 3,13% (groupe 1) à 2,56% (groupes 1+2).

Discussion-conclusion – À notre connaissance, il s'agit de la première étude qui fournit de telles estimations nationales à partir de données hospitalières. Des stratégies de prévention plus efficaces devraient être mises en œuvre afin d'aider les professionnels de la santé à identifier et à protéger ces enfants.

Introduction – Child abuse is a major public health issue, the epidemiological documentation of which is still very imprecise. We propose an estimation of the prevalence of children aged under 1 year, hospitalized for physical abuse, and their intra-hospital mortality rate.

Material-methods – This national and retrospective study uses hospital medico-administrative data from the Medical Information Systems Program (PMSI). We included all children aged 1 month to 1 year old, living in metropolitan France and in the four overseas departments (DOM – Martinique, Guadeloupe, Guyana, Reunion), hospitalized in France between 2007 and 2014. Three groups were defined as such: group 1 for physically abused children; group 2 for children possibly physically abused; and group 3 (control group) for all other hospitalized children. The low estimate of prevalence is calculated based on the number of children in group 1 and the high estimate based on the number of children in groups 1 and 2; divided by the number of children under 1 year old in France between 2007-2014.

Results – There were 2,585 children in group 1, 4,333 in group 2 and 926,405 in group 3. The prevalence over 8 years of cases of physical abuse to children under 1 year old and hospitalized was estimated between 0.04% (group 1) and 0.11% (groups 1+2). Intra-hospital mortality at one year was estimated between 3.13% (group 1) and 2.56% (groups 1+2).

Discussion-conclusion – To our knowledge, this is the first study to provide such national estimates from hospital data. More effective prevention strategies should be implemented to help health professionals identify and protect these children.

Mots-clés : Maltraitance, Enfants, Épidémiologie, Hospitalisation

// **Keywords**: Maltreatment, Children, Epidemiology, Hospitalization

Introduction

La maltraitance envers les enfants, problème de santé publique majeur¹⁻³, peut avoir des conséquences graves aussi bien à court qu'à long terme : des pathologies psychologiques (suicide, troubles du comportement) et physiques (cancer, fibromyalgie, cardiopathie ischémique...)⁴, entraînant un risque accru de décès prématuré à l'âge adulte⁵.

Paradoxalement, on manque en France de données épidémiologiques fiables sur le nombre d'enfants victimes de maltraitance et les chiffres rapportés sont très souvent sous-estimés^{6,7}.

En pratique, il est difficile d'identifier les cas de maltraitance à enfant car ils ne sont pas enregistrés de façon systématique dans une base de données unique.

De nombreux cas de maltraitance entraînent des lésions traumatiques nécessitant un recours aux soins. Ainsi, les données hospitalières constituent une des sources potentielles de données permettant de repérer les cas de maltraitements physiques.

En France, chaque hôpital produit un résumé de sortie d'hospitalisation pour chaque séjour qui sera intégré au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), base de données médico-administratives nationales, utilisée pour l'allocation des budgets hospitaliers. Les données hospitalières françaises sont utilisées à des fins de recherche médicale depuis 20 ans et leur qualité est régulièrement évaluée⁸⁻¹¹. En raison de leur exhaustivité, ces bases fournissent une grande quantité d'informations épidémiologiques sur les patients hospitalisés, facilitant ainsi les études en population, et permettent d'étudier des événements tels que la maltraitance à enfants^{12,13}.

Dans cette étude, le PMSI a été utilisé pour identifier les enfants maltraités physiquement au moment de leur hospitalisation à partir de codes CIM-10 (Classification internationale des maladies - 10^e révision) spécifiques de maltraitance. Cependant, ces codes n'étant pas toujours utilisés et tous les cas de maltraitance n'étant pas correctement renseignés¹⁴, nous avons également considéré des hospitalisations pour lésions traumatiques.

Cette étude a deux objectifs :

- estimer la prévalence des maltraitements physiques à enfant ayant nécessité une hospitalisation en France parmi les enfants âgés de moins d'un an, sur une période de 8 ans ;
- étudier les caractéristiques des séjours hospitaliers des enfants et le taux de mortalité hospitalière.

Matériel-méthodes

Cette étude rétrospective, utilisant une base de données hospitalière nationale (PMSI), a été approuvée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (numéro d'enregistrement 1576793). Elle a été menée par une équipe multidisciplinaire

comprenant des épidémiologistes, des experts dans l'exploitation du PMSI et des médecins légistes. Les données du PMSI ont été transmises par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (numéro ATIH 2015-111111-47-33).

Nous avons inclus tous les enfants âgés de 1 mois à 1 an, résidant en France métropolitaine et dans les quatre DOM (Martinique, Guadeloupe, Guyane, La Réunion), hospitalisés au moins une fois en France de 2007 à 2014, soit un total de 933 323 enfants.

Il est difficile d'identifier les cas d'abus parmi les différentes lésions péri-obstétriques et les pathologies congénitales (par exemple les troubles de la coagulation ou l'ostéogenèse imparfaite). Les nourrissons de moins d'un mois et les séjours hospitaliers de naissance ont donc été exclus, afin d'éliminer toutes les maladies et complications néonatales précoces.

Nous avons distingué tous les codes CIM-10 utilisés dans le PMSI permettant d'identifier directement une situation de maltraitance physique. Tous les enfants ayant eu au moins une hospitalisation avec un résumé de sortie utilisant un de ces codes en diagnostic principal (DP) ou associé (DAS) étaient considérés comme victimes de maltraitance physique.

Parmi les autres enfants hospitalisés, pour identifier ceux potentiellement victimes de maltraitements physiques, mais dont les séjours hospitaliers n'étaient pas codés comme tels, nous avons procédé de la manière suivante (le type de lésion traumatique peut en effet être codé, mais pas forcément son origine accidentelle ou intentionnelle). Une recherche minutieuse de la littérature¹⁵ nous a permis d'identifier les lésions traumatiques les plus suspectes de maltraitance physique. Les codes CIM-10 correspondant à chacune de ces lésions ont été identifiés en DP ou DAS. Un algorithme tenant compte de l'âge de l'enfant, de la présence d'une ou plusieurs lésions traumatiques suspectes, isolées ou associées et présentes au cours d'une ou plusieurs hospitalisations, a permis de repérer des enfants potentiellement victimes de maltraitements physiques, mais non codés comme tels au sein du PMSI. Par exemple, un enfant de moins de 12 mois (avant l'âge moyen de la marche) hospitalisé pour une fracture de la diaphyse fémorale, en l'absence d'accident grave (accident de la route, etc.) ou de fragilité osseuse constitutionnelle (ostéogenèse imparfaite), était considéré comme potentiellement victime de maltraitance physique.

De cette manière, trois groupes mutuellement exclusifs ont été définis : le groupe 1 constitué des enfants maltraités physiquement ; le groupe 2 incluait les enfants susceptibles d'être victimes de violence physique (blessures suspectes) ; et le groupe 3 (groupe témoin) comprenait tous les autres enfants du même âge, hospitalisés sur la même période. Nous avons également créé un sous-groupe 3, limité aux enfants du groupe 3 présentant une ou plusieurs lésions traumatiques non intentionnelles.

Pour chaque enfant inclus, l'âge, le sexe, le nombre et la durée des séjours hospitaliers, le décès à l'hôpital et les codes de résumé de sortie d'hospitalisation ont été relevés.

L'estimation de la prévalence nationale de la maltraitance physique des enfants nécessitant une hospitalisation (groupes 1 et 2) a été calculée à l'aide d'un dénominateur issu du recensement fourni par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) qui recense régulièrement la population française (données du recensement pour chacune des années entre 2007 et 2014) : en moyenne, par année, 789 350 enfants de moins d'un an sur la période 2007-2014. L'estimation « basse » de la prévalence nationale des enfants de moins d'un an hospitalisés pour maltraitance physique correspond au nombre d'enfants du groupe 1/nombre d'enfants de moins d'un an recensés en France au cours de cette période de huit ans. L'estimation « haute » correspond au nombre d'enfants des groupes 1+2/nombre d'enfants de moins d'un an en France sur la période 2007-2014 (cette estimation prend donc en compte le codage des lésions traumatiques).

De la même manière, l'estimation de la prévalence hospitalière de la maltraitance physique des enfants sur ces huit années a été calculée en utilisant comme dénominateur le nombre total d'enfants âgés de 1 mois à 1 an hospitalisés en France au cours de cette période.

Le nombre d'hospitalisations et le taux de mortalité hospitalière ont été calculés en suivant ces enfants sur une période d'un an à partir de leur date d'inclusion.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel SAS®9.3. Nous avons étudié les caractéristiques des trois groupes : sexe, âge moyen des enfants, durée moyenne d'hospitalisation et taux de mortalité hospitalière du premier séjour.

À l'aide du chaînage des données PMSI, nous avons décrit les différentes hospitalisations d'un même enfant depuis sa date d'inclusion jusqu'à un an de suivi : nombre d'hospitalisations pour maltraitance physique pour le groupe 1, nombre d'hospitalisations avec suspicion de maltraitements physiques pour le groupe 2 et nombre total d'hospitalisations pour le groupe 3. Nous avons également enregistré, pour chaque groupe, le pourcentage de réadmissions quelle que soit la cause d'hospitalisation, le nombre moyen de séjours hospitaliers par enfant, la durée moyenne des séjours et le pourcentage de décès hospitaliers à un an.

Les trois groupes ont été comparés globalement mais aussi 2 à 2. Le test du Chi² a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Un test de variance ANOVA et le test t de Student ont été utilisés pour comparer les variables quantitatives. Afin de prendre en compte la multiplicité des tests,

la comparaison des groupes 2 par 2 a été réalisée *via* la méthode de Scheffé pour les variables quantitatives. Les valeurs $p < 0,05$ ont été considérées comme statistiquement significatives.

Résultats

De 2007 à 2014, 933 323 enfants ont été inclus dans l'étude : 2 585 dans le groupe 1, 4 333 dans le groupe 2, 926 405 dans le groupe 3 et 69 086 dans le sous-groupe 3.

Entre 2007 et 2014, le nombre de cas par an dans les groupes 1 et 2 variait de 278 à 374 pour le groupe 1 et de 508 à 624 pour le groupe 2, selon les années. La prévalence hospitalière de la maltraitance physique à enfant âgés de 1 mois à 1 an (sur la période 2007-2014) était plus de deux fois plus élevée en considérant les groupes 1+2 (0,63%) que dans le groupe 1 seul (0,24%).

La prévalence nationale de la maltraitance physique à enfant nécessitant une hospitalisation sur cette même période était plus de deux fois plus élevée en considérant le groupe 1+2 (0,11%) que dans le groupe 1 seul (0,04%) (tableau 1).

Les caractéristiques du premier séjour sont présentées dans le tableau 2. Dans chaque groupe, plus de la moitié des enfants avaient moins de 6 mois et on observait une plus grande proportion de garçons dans le groupe 1 (59,15%) que dans les deux autres groupes ($p=0,01$). Lors de la première hospitalisation, l'âge moyen, la durée moyenne du séjour et le pourcentage de décès étaient significativement différents entre les trois groupes ($p < 0,01$). Lors de la première hospitalisation, les enfants du premier groupe étaient significativement plus jeunes que ceux du groupe 2 ($p < 0,01$) et des groupes témoins (groupe 3 et sous-groupe 3 ; $p < 0,01$). La durée moyenne du premier séjour hospitalier était quatre fois plus longue dans le groupe 1 et deux fois plus longue dans le groupe 2 que dans le groupe 3 ($p < 0,01$ pour les deux). Le pourcentage de décès au cours de la première hospitalisation était 16 fois plus élevé dans le groupe 1 (76 décès ; 2,94% ; $p < 0,01$) et un peu plus de 10 fois plus élevé dans le groupe 2 (88 décès ; 2,03% ; $p < 0,01$) qu'au sein du groupe 3 (1 688 décès ; 0,18%). Ce pourcentage était 40 fois plus élevé dans le groupe 1 ($p < 0,01$) et 30 fois plus élevé dans le groupe 2 ($p < 0,01$) que dans le sous-groupe 3 (49 décès ; 0,07%).

En ce qui concerne le suivi à un an, les 2 585 enfants du groupe 1 ont eu 2 900 hospitalisations pour maltraitance physique, tandis que les 4 333 enfants du groupe 2 ont eu 4 904 hospitalisations pour des lésions traumatiques suspectes de maltraitements physiques (tableau 3).

La durée moyenne des différentes hospitalisations sur la période d'un an de suivi, était quatre fois plus longue dans le groupe 1 que dans le groupe 3 (11,76 jours ($\pm 17,38$) vs 2,82 ($\pm 6,69$) ; $p < 0,01$) et deux fois plus longue dans le groupe 2 que dans le

Tableau 1

Nombre d'enfants hospitalisés, âgés de 1 mois à 1 an, par an et par groupe. France, 2007-2014

Année	Groupe 1			Groupe 2			Groupe 1+2			Groupe 3
	n	Prévalence hospitalière (%)	Prévalence nationale (%)	n	Prévalence hospitalière (%)	Prévalence nationale (%)	n	Prévalence hospitalière (%)	Prévalence nationale (%)	n
2007	338	0,25	0,04	508	0,37	0,06	846	0,62	0,11	126 088
2008	290	0,21	0,04	519	0,38	0,07	809	0,59	0,10	113 008
2009	278	0,21	0,03	538	0,40	0,07	816	0,61	0,10	110 821
2010	283	0,21	0,04	624	0,45	0,08	907	0,66	0,11	114 710
2011	372	0,27	0,05	539	0,38	0,07	911	0,65	0,12	117 129
2012	304	0,22	0,04	515	0,37	0,07	819	0,59	0,10	116 490
2013	374	0,28	0,05	534	0,39	0,07	908	0,67	0,12	112 754
2014	346	0,25	0,04	556	0,40	0,07	902	0,65	0,12	115 405
Total	2 585	0,24	0,04	4 333	0,40	0,07	6 918	0,64	0,11	926 405

Groupe 1 : enfants maltraités physiquement ; Groupe 2 : enfants susceptibles d'être victimes de violence physique (blessures suspectes) ; Groupe 3 : autres enfants.

Tableau 2

Caractéristiques des enfants hospitalisés, âgés de 1 mois à 1 an, par groupe, lors du premier séjour hospitalier. France, 2007-2014

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	p-value	Sous-groupe 3
n	2 585	4 333	926 405		69 086
Garçon (%)	59,15	57,51	56,38	0,01	53,37
Moyenne d'âge en jours (ET)	147 (±85)	188 (±97)	160 (±102)	<0,01	201 (±101)
Médiane [intervalle inter-quartile]	129 [76-203]	185 [103-271]	136 [66-247]		210 [109-289]
Durée moyenne de séjour en jours (ET)	11,82 (±17,86)	6,11 (±13,11)	2,88 (±6,56)	<0,01	1,84 (±4,63)
Médiane [intervalle inter-quartile]	7 [2-16]	2 [1-7]	2 [1-3]		1 [0-1]
Mortalité hospitalière (%)	76 (2,94)	88 (2,03)	1 688 (0,18)	<0,01	49 (0,07)

ET : écart-type de la moyenne.

Groupe 1 : enfants maltraités physiquement ; Groupe 2 : enfants susceptibles d'être victimes de violence physique (blessures suspectes) ; Groupe 3 : autres enfants ; Sous-groupe 3 : autres enfants avec une ou plusieurs lésions traumatiques non intentionnelles.

groupe 3 (5,94 jours (±12,23) vs 2,82 (±6,69) ; $p < 0,01$). Le nombre moyen d'hospitalisations par enfant était inférieur dans les groupes 1 (1,13 (±0,47)) et 2 (1,14 (±0,52)) par rapport au groupe 3 (1,53 (±1,81)). Le pourcentage de réadmission, toutes causes confondues, à un an, était significativement différent entre les trois groupes ($p < 0,01$). Les pourcentages étaient plus élevés dans les groupes 1 et 2 (respectivement 36,5% et 31,9%) que dans le groupe 3 (28,0%). Les pourcentages de réadmission du groupe 1 pour maltraitance physique et dans le groupe 2 pour suspicion de maltraitance physique étaient tous deux d'environ 10%, ce qui correspond à environ un tiers de la totalité des réadmissions de ces groupes. Parmi ces hospitalisations, le taux de mortalité hospitalière à un an était 10 fois plus élevé dans le groupe 1 que dans le groupe témoin ($p < 0,01$) et 7 fois plus élevé dans le groupe 2 que dans le groupe témoin ($p < 0,01$). La grande majorité des décès sont survenus au cours de la première hospitalisation, en particulier dans les deux premiers groupes (94% pour le groupe 1, 92% pour le groupe 2 et 59% pour le groupe 3).

Discussion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude nationale proposant une estimation de la prévalence et de la mortalité hospitalière, des maltraitances physiques à enfants âgés de 1 mois à 1 an. Nous avons estimé la prévalence nationale puis hospitalière, sur une période de huit ans, en l'encadrant par une estimation « basse » (appelée première estimation) et une estimation « haute » (deuxième estimation). Les nourrissons hospitalisés pour maltraitance physique représentaient entre 0,04% (première estimation) et 0,11% (deuxième estimation) de tous les enfants de moins d'un an en France, ce qui correspond à 0,24% à 0,63% de tous les enfants hospitalisés de moins d'un an. Notre estimation « basse » de la prévalence était 2,5 fois inférieure à notre estimation « haute ». La mortalité hospitalière à un an était de 3,13% pour la première estimation et de 2,56% pour la deuxième estimation. Grâce au chaînage des différents séjours hospitaliers pour un même enfant, nous avons pu identifier toutes les hospitalisations d'un même

Suivi à un an des enfants hospitalisés en France de 1 mois à 1 an : caractéristiques de tous les séjours hospitaliers. France, 2007-2014

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	p-value	Sous-groupe 3
n	2 585	4 333	926 405		69 086
Nombre de séjours hospitaliers	3 864	6 647	1 242 561		82 031
Nombre de séjours hospitaliers pour le même type de codes sélectionnés	2 900	4 904			73 597
Réadmission toutes causes (%)	36,5	31,9	28,0	<0,01	20,9
Réadmission pour maltraitance physique (groupe 1) et suspicion de maltraitance physique (groupe 2) (%)	9,5	10,3	–		–
Nombre moyen de séjours hospitaliers (ET)	1,73 (±1,31)	1,76 (±3,02)	1,53 (±1,81)	<0,01	1,36 (±1,45)
Médiane [intervalle inter-quartile]	1 [1-2]	1 [1-2]	1 [1-2]		1 [1-1]
Nombre moyen de séjours hospitaliers (ET) pour maltraitance physique (groupe 1) et suspicion de maltraitance physique (groupe 2)	1,13 (±0,47)	1,14 (±0,52)		0,89	
Médiane [intervalle inter-quartile]	1 [1-1]	1 [1-1]			
Durée moyenne de séjour (ET)	8,65 (±15,10)	4,72 (±12,00)	2,82 (±6,69)	<0,01	1,63 (±5,04)
Médiane [intervalle inter-quartile]	4 [1-11]	2 [0-5]	2 [1-3]		1 [0-1]
Durée moyenne de séjour (ET) pour maltraitance physique (groupe 1) et suspicion de maltraitance physique (groupe 2)	11,76 (±17,38)	5,94 (±12,23)		<0,01	
Médiane [intervalle inter-quartile]	7 [2-16]	2 [1-7]			
Mortalité hospitalière à un an (%)	81 (3,13)	96 (2,22)	2,837 (0,31)	<0,01	90 (0,13)

ET : écart-type de la moyenne.

Groupe 1 : enfants maltraités physiquement ; Groupe 2 : enfants susceptibles d'être victimes de violence physique (blessures suspectes) ; Groupe 3 : autres enfants ; Sous-groupe 3 : autres enfants avec une ou plusieurs lésions traumatiques non intentionnelles.

enfant sur l'ensemble du territoire français. Nous avons observé que la plupart des décès hospitaliers étaient survenus pendant le premier séjour à l'hôpital (94% pour la première estimation et 93% pour la seconde).

La prévalence nationale estimée dans notre étude (entre 0,04% et 0,11%) est considérablement inférieure à celle rapportée dans la littérature^{16,17}. Nous n'avons trouvé dans cette dernière aucun résultat sur les mêmes groupes d'âge et sources de données. Cependant, une étude précédente avait estimé qu'environ 10% des enfants des pays à revenu élevé étaient négligés ou maltraités^{6,18}. Cette étude considérait la maltraitance dans sa globalité et non uniquement les maltraitements physiques. Notre étude s'appuie sur une définition plus restrictive des cas de maltraitance, dans la mesure où nous nous sommes concentrés uniquement sur les mauvais traitements physiques menant à une hospitalisation, chez les enfants de moins d'un an. Les maltraitements physiques sont sûrement celles pouvant être le mieux repérées puisqu'elles entraînent des lésions traumatiques susceptibles d'être directement visibles par l'entourage. La limite d'âge utilisée dans notre étude était essentielle pour cibler les lésions traumatiques les plus suspectes et/ou spécifiques de mauvais traitements physiques¹⁹. Nous aurions pu sélectionner plus largement les types de lésions traumatiques, mais cela aurait entraîné un risque de sélectionner

des faux positifs (entre autres les traumatismes non intentionnels/accidentels). Par ailleurs, notre étude était limitée aux enfants hospitalisés ; or, certains enfants maltraités physiquement ne sont jamais hospitalisés et une proportion non négligeable de ces enfants décèdent à la maison.

Nos résultats peuvent suggérer que plus d'un enfant sur deux pourrait ne pas être identifié comme étant maltraité. Cela est conforme à une étude précédente, basée sur le registre national des traumatismes de l'Angleterre et du Pays de Galles, qui a révélé deux fois plus de cas de maltraitance présumée d'enfants que de cas réellement repérés²⁰.

Dans notre étude, le pourcentage de décès lors de la première hospitalisation était 15 fois plus élevé chez les enfants physiquement maltraités, par rapport aux autres enfants du même âge, et même 40 fois plus élevé par rapport à ceux présentant une ou plusieurs lésions traumatiques non intentionnelles, ce qui peut refléter la particulière gravité des lésions traumatiques intentionnelles. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'études précédentes comparant des enfants victimes de traumatismes accidentels et intentionnels. Ces études montraient que les enfants maltraités présentaient des taux de létalité plus élevés que les autres²¹. Dans une étude anglaise, le taux de mortalité était trois fois plus élevé²⁰ et dans une étude américaine, il était six fois plus élevé que chez les enfants victimes d'un traumatisme accidentel²².

Notre étude a révélé que les durées moyennes d'hospitalisation des groupes 1 et 2 étaient beaucoup plus longues que celle du groupe témoin. Le même résultat avait été rapporté dans une étude précédente, dans laquelle la durée du séjour dans les unités de soins intensifs était trois fois plus longue chez les enfants souffrant d'une lésion cérébrale traumatique non accidentelle²³ que pour les autres enfants. Plusieurs explications peuvent être données à cet égard. Les lésions traumatiques sont plus graves et nécessitent une prise en charge médicale plus longue. Cette durée prolongée peut également correspondre au temps nécessaire pour évaluer les situations de maltraitance (consultation multidisciplinaire, examens complémentaires, etc.) et pour les signaler auprès du procureur ou des services sociaux des conseils départementaux. En effet, en France, les textes de lois ont progressivement défini un cadre répressif aux situations de maltraitance d'enfant et facilitent leurs signalements. En particulier, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance facilite le signalement de ces situations, en distinguant d'une part l'information préoccupante, à adresser au président du conseil général dans les situations de suspicion de mise en danger du mineur, situations nécessitant une évaluation sociale, et, d'autre part, le signalement adressé au procureur de la République, dans les situations de danger immédiat pour le mineur.

Enfin, dans notre étude, près de 10% de ces enfants ont été réhospitalisés pour maltraitance physique dans l'année suivant leur première admission pour maltraitance. Ce sujet a été très peu étudié dans la littérature pour ce qui concerne les enfants maltraités. Nous avons trouvé une étude récente²⁴ sur la ré-hospitalisation des enfants et des adolescents, en particulier dans le domaine de la maltraitance, où la réhospitalisation est définie à partir d'un suivi à un an, qui nous a donc paru être une durée de suivi potentiellement intéressante. Les auteurs ont trouvé un taux de réhospitalisation dans l'année qui est plus élevé que notre pourcentage. Toutefois, leur étude inclut l'ensemble des patients, enfants et adolescents, admis dans un service de psychiatrie quel que soit le motif, ce qui ne correspond pas à la population de notre étude. Dans notre étude, nous avons noté que le taux de réadmission, quelle que soit la cause d'hospitalisation, était plus élevé dans le groupe 1 (36,5%) que dans le groupe témoin (28,0%), ce qui pourrait correspondre aux réadmissions pour maltraitements physiques, spécificité de ce groupe.

Notre étude présente certaines limites. On pourrait s'interroger sur la pertinence de l'utilisation des données hospitalières pour identifier les cas d'enfants maltraités physiquement. Les situations de maltraitance ou de traumatismes chez l'enfant sont des affections médicales graves qui devraient normalement figurer sur un résumé de sortie d'hospitalisation, soit au travers de la lésion traumatique, soit au travers de la situation de maltraitance.

Il est vrai que les pratiques de codage peuvent varier selon les institutions. Néanmoins, la qualité du codage est vérifiée par les professionnels de l'information médicale dans chaque hôpital pour corriger les diagnostics, car le budget de chaque hôpital dépend de l'activité médicale décrite dans le PMSI. Les codes relatifs à la maltraitance n'ont pas d'impact positif sur le budget de l'hôpital, ils peuvent donc ne pas être signalés.

De plus, certaines lésions traumatiques peuvent ne pas être repérées par les codes CIM-10 répertoriés. En conséquence, les enfants peuvent avoir été diagnostiqués comme victimes de maltraitance, mais ne pas être codés comme tels au sein du PMSI, d'où une sous-estimation éventuelle et l'importance d'avoir proposé d'encadrer notre estimation par une borne basse et une borne haute.

Nous travaillons actuellement à la mise en place d'une étude de validation nationale avec Santé Publique France *via* un retour aux dossiers médicaux qui nous permettra de confirmer les cas de maltraitance d'enfants et les cas de maltraitance soupçonnée.

Conclusion

À notre connaissance, il s'agit de la première étude à fournir une estimation de la prévalence, sur une période de huit ans, de la maltraitance physique des enfants nécessitant une hospitalisation en France, ainsi que de la mortalité hospitalière correspondante. Cette étude montre que le taux de mortalité à l'hôpital à un an était 10 fois plus élevé chez les enfants maltraités que dans le groupe témoin.

Une méthode d'identification précoce de ces enfants devrait être mise en place, si possible dès les premiers mois de vie. En pratique, toute lésion traumatique chez un enfant de moins d'un an devrait donner lieu à une suspicion de maltraitance jusqu'à preuve du contraire. Des stratégies de prévention secondaire plus efficaces devraient être mises en place. Enfin, la coordination entre les soins ambulatoires et hospitaliers devrait être fortement encouragée, afin d'assurer le suivi ambulatoire des enfants à risque.

La formation initiale et continue des professionnels dans ce domaine est à renforcer, du fait de la très grande fréquence des diagnostics manqués et des récurrences. ■

Remerciements

Cette étude a bénéficié du financement de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE).

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl.* 2012;36(2):156-65.

- [2] Organisation mondiale de la Santé. La maltraitance des enfants. Genève: OMS; 2016. [Internet]. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- [3] Shalev I, Heim CM, Noll JG. Child maltreatment as a root cause of mortality disparities: A call for rigorous science to mobilize public investment in prevention and treatment. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(9):897-8.
- [4] Widom CS, Czaja SJ, Bentley T, Johnson MS. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health*. 2012;102(6):1135-44.
- [5] Chen E, Turiano NA, Mroczek DK, Miller GE. Association of reports of childhood abuse and all-cause mortality rates in women. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(9):920-7.
- [6] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
- [7] Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook JM. Underascertainment of child abuse fatalities in France: Retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse Negl*. 2010;34(7):534-44.
- [8] Quantin C, Sotty F, Allaert FA, Metral P, Guy H, Devilliers E, *et al*. Évaluation du coût médical dans un service d'hématologie sur la base du PMSI : intérêt de la classification en groupes homogènes de malades et d'indicateurs thérapeutiques. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1993;41:S80-1.
- [9] Giroud M, Lemesle M, Quantin C, Vourch M, Becker F, Milan C, *et al*. A hospital-based and a population-based stroke registry yield different results: The experience in Dijon, France. *Neuroepidemiology*. 1997;16(1):15-21.
- [10] Quantin C, Entezam F, Bourdais C, Moreau T, Brunet-Lecomte P, Bouzelat H, *et al*. Modélisation de la distribution des durées de séjour et des coûts dans deux groupes homogènes de malades d'hématologie et de pneumologie. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1997;45(2):117-30.
- [11] Quantin C, Entezam F, Brunet-Lecomte P, Lepage E, Guy H, Dusserre L. High cost factors for leukaemia and lymphoma patients: A new analysis of costs within these diagnosis related groups. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(1):24-31.
- [12] Quantin C, Cottenet J, Vuagnat A, Prunet C, Mouquet MC, Fresson J, *et al*. Qualité des données périnatales issues du PMSI : comparaison avec l'état civil et l'enquête nationale périnatale 2010. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2014;43(9):680-90.
- [13] Boudemaghe T, Belhadj I. Data Resource Profile: The French national uniform hospital discharge data set database (PMSI). *Int J Epidemiol*. 2017;46(2):392-392d.
- [14] Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. Enfants maltraités. Les chiffres et leur base juridique en France. Paris: Tec & Doc Lavoisier; 2008. 220 p.
- [15] Rey-Salmon C, Adamsbaum C. Index. In: *Maltraitance chez l'enfant*. Lavoisier Médecine Sciences; 2013. p. 219-30.
- [16] Diaz A, Petersen AC. Institute of medicine report: New directions in child abuse and neglect research. *JAMA Pediatr*. 2014;168(2):101-2.
- [17] Joseph B, Khalil M, Zangbar B, Kulvatunyou N, Orouji T, Pandit V, *et al*. Prevalence of domestic violence among trauma patients. *JAMA Surg*. 2015;150(12):1177-83.
- [18] Rebbe R. What Is Neglect? State legal definitions in the United States. *Child Maltreat*. 2018;23(3):303-15.
- [19] Allareddy V, Asad R, Lee MK, Nalliah RP, Rampa S, Speicher DG, *et al*. Hospital based emergency department visits attributed to child physical abuse in United States: Predictors of in-hospital mortality. *PLoS One*. 2014;9(2):e100110.
- [20] Davies FC, Coats TJ, Fisher R, Lawrence T, Lecky FE. A profile of suspected child abuse as a subgroup of major trauma patients. *Emerg Med J*. 2015;32(12):921-5.
- [21] Sabotta EE, Davis RL. Fatality after report to a child abuse registry in Washington State, 1973-1986. *Child Abuse Negl*. 1992;16(5):627-35.
- [22] Chang DC, Knight V, Ziegfeld S, Haider A, Warfield D, Paidas C. The tip of the iceberg for child abuse: The critical roles of the pediatric trauma service and its registry. *J Trauma*. 2004;57(6):1189-1198; discussion 1198.
- [23] Deans KJ, Thackeray J, Askegard-Giesmann JR, Earley E, Groner JI, Minneci PC. Mortality increases with recurrent episodes of nonaccidental trauma in children. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;75(1):161-5.
- [24] Markota M, McKean AJ, Romanowicz M, Schak KM, Croarkin PE, Vande Voort JL. Rehospitalization to a child and adolescent psychiatry unit: Role of trauma and bullying. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;55:10-4.

Citer cet article

Gilard-Pioc S, Cottenet J, François-Purssell I, Quantin C. Estimation de la prévalence des enfants de moins d'un an, hospitalisés en France pour maltraitance physique sur la période 2007-2014. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(26-27): 526-32. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_3.html

LES ENFANTS VICTIMES DE TRAUMATISMES CRÂNIENS INFLIGÉS PAR SECOUEMENT HOSPITALISÉS : ANALYSE EXPLORATOIRE DES DONNÉES DU PMSI

// CHILDREN HOSPITALIZED FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY FROM SHAKING: AN EXPLORATORY ANALYSIS OF PMSI DATA

Louis-Marie Paget¹ (louis-marie.paget@santepubliquefrance.fr), Séverine Gilard-Pioc², Catherine Quantin^{2,3}, Jonathan Cottenet², Nathalie Beltzer¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Service de biostatistiques et d'information médicale (DIM), CHRU Dijon, Université de Bourgogne, Dijon, France

³ Biostatistics, Biomathematics, Pharmacoepidemiology and Infectious Diseases (B2PHI), Inserm, UVSQ, Institut Pasteur, Université Paris-Saclay, Paris, France

Soumis le 19.04.2019 // Date of submission: 04.19.2019

Résumé // Abstract

Introduction – Le syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien infligé par secouement (TCIS) – traumatisme qui relève de la maltraitance infantile – est particulièrement grave en termes de mortalité et de morbidité. Des données récentes sur ces traumatismes ne sont pas disponibles en France. Les données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO) pourraient être une source de données pertinente pour étudier le TCIS, à condition toutefois que les enfants victimes de secouement puissent être repérés aisément à partir de cette source.

Méthode – Les données hospitalières du PMSI-MCO ont été analysées sur la période 2015-2017 pour chercher à dénombrer et décrire les enfants âgés de 1 à 11 mois résidant en France (hors Mayotte). Un groupe de cas probables, enfants hospitalisés présentant des lésions très caractéristiques du TCIS, et un groupe de cas possibles, enfants présentant des lésions possiblement associées au TCIS, ont été distingués dans les analyses.

Résultats – Sur la période 2015-2017, 1 215 enfants ont été sélectionnés, 512 cas probables et 703 cas possibles. Le taux d'incidence en utilisant la définition la plus restrictive, c'est à dire celle des cas probables, est de 22,1 [20,2-24,0] pour 100 000 naissances vivantes. Il est de 52,4 [49,5-55,4] pour 100 000 naissances vivantes si l'on utilise une définition plus large (cas probables et cas possibles). Les signes cliniques et les lésions retrouvées chez les cas probables et possibles diffèrent sensiblement.

Discussion-conclusion – Cette analyse exploratoire montre que la détermination précise du nombre de cas de TCIS hospitalisés à partir des données du PMSI-MCO est complexe. La mise en place d'un code spécifique dans le PMSI-MCO pour le syndrome du bébé secoué, comme cela a été envisagé dans le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019, permettrait d'identifier plus précisément les cas de TCIS hospitalisés.

Introduction – The shaken baby syndrome (SBS) or abusive head trauma (AHT) is related to child maltreatment. It is particularly severe in terms of mortality and morbidity. Recent data on these traumas are not yet available in France. Hospital data from the Medical Information Systems in Medicine, Surgery, Obstetrics Program (PMSI-MCO) could be a relevant source of data for studying AHT provided that children affected by shaking can be easily identified from this source.

Method – The PMSI-MCO hospital data were analyzed over the 2015-2017 period in an attempt to quantify and characterize children aged 1-11 months living in France (excluding Mayotte). A group of probable cases, hospitalized children with very characteristic lesions of SBS and a group of possible cases, children with possibly associated lesions with SBS, were identified in the analyses.

Results – On the 2015-2017 period 1,215 children were selected, 512 probable cases and 703 possible cases. The incidence rate using the most restrictive definition of highly probable cases is 22.1 cases [20.2-24.0] per 100,000 live births and 52.4 cases [49.5-55.4] per 100,000 live births if a broader definition is used (probable + possible cases). The clinical signs and lesions found in probable and possible cases differ significantly.

Discussion-conclusion – This exploratory analysis shows that the precise determination of the number of SBS cases from the PMSI-MCO database is complex. The implementation of a specific code in the French PMSI-MCO database for SBS, as envisioned in the Inter-Ministerial Plan for Mobilizing and Combating violence against children 2017-2019, could contribute to identify more accurately cases of SBS.

Mots-clés : Traumatisme crânien infligé, Syndrome du bébé secoué, Épidémiologie

// **Keywords**: Inflicted brain injury, Shaken baby syndrome, Epidemiology

Introduction

Le syndrome du bébé secoué, ou traumatisme crânien infligé par secouement (TCIS), est un traumatisme qui survient suite au secouement violent d'un nourrisson par un adulte, associé ou non à un impact/choc. Ce type de traumatisme, qui relève de la maltraitance et constitue une infraction pénale, est difficile à diagnostiquer : les signes cliniques ne sont pas spécifiques, les circonstances de survenue sont rarement décrites, les victimes sont de très jeunes enfants qui ne parlent pas, les auteurs des secouements avouent rarement leurs gestes auprès des médecins et les secouements infligés sont perpétrés le plus souvent en l'absence de témoins neutres¹. Devant ces difficultés rencontrées par les professionnels de santé pour diagnostiquer le TCIS, la Haute Autorité de santé (HAS) a établi récemment des critères diagnostics précis. Ces critères sont fondés sur les lésions retrouvées chez les enfants et sur la description, par les parents ou les adultes ayant la charge de l'enfant, du contexte de survenue de ces lésions¹.

Les enfants victimes de TCIS sont majoritairement des garçons de moins d'un an et le plus souvent – dans deux tiers des cas environ – de moins de 6 mois². L'incidence du TCIS varierait entre 15 et 56/100 000 enfants de moins d'un an^{3,4}. Le TCIS représente la forme la plus grave du traumatisme crânien de l'enfant : 20% des enfants victimes de TCIS décèdent et 75% présentent des séquelles sur le long terme¹. Le très jeune âge des enfants, la répétition fréquente des secouements et, dans certains cas, le délai important avant de recourir aux soins expliquent en grande partie le mauvais pronostic du TCIS.

En France, une étude épidémiologique menée à partir des sources de données judiciaires a recensé et décrit tous les enfants décédés par TCIS dans trois régions sur la période 1996-2000. Le taux de mortalité par TCIS était estimé à 2,9 pour 100 000 naissances vivantes et le profil des victimes était cohérent avec la littérature : très jeunes enfants, prédominance masculine⁵. En dehors de cette étude, qui portait spécifiquement sur les victimes de TCIS décédées, il n'existe pas en France, à notre connaissance, d'études épidémiologiques à l'échelle nationale portant sur des données récentes. Le TCIS, comme les autres formes de maltraitances, reste très peu documenté dans notre pays à ce jour⁶. Face à ce constat, il apparaît nécessaire de produire, à partir de données récentes, des connaissances épidémiologiques sur le TCIS.

Idéalement, la quantification et la description précise des enfants victimes de TCIS nécessiterait de mettre en place une vaste étude prospective utilisant différentes sources de données (judiciaire, médico-administrative et médicale) afin d'identifier les cas qui ont recouru aux soins, mais également les autres cas, identifiés uniquement sur le plan judiciaire par exemple, ou encore, les enfants décédés en dehors de l'hôpital. Ce type d'étude est couteux et compliqué à mettre en œuvre et n'est pas adapté pour une surveillance en routine des cas de

TCIS. Dans ce contexte, les données d'hospitalisations du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO), qui sont aisément accessibles (pour les organismes habilités), pérennes et exhaustives à l'échelle nationale, semblent pertinentes pour produire de façon régulière des indicateurs de fréquence sur le TCIS et pour disposer d'un premier socle de connaissance sur les caractéristiques des victimes de TCIS hospitalisées. Cependant, l'utilisation des données du PMSI-MCO pour identifier les victimes de TCIS n'est pas sans poser de difficultés dans la mesure où il n'existe pas, pour l'heure, de code spécifique pour le TCIS dans le PMSI-MCO. Néanmoins, l'utilisation des codes de lésions très souvent associées au TCIS devrait permettre de pouvoir repérer les cas de TCIS.

L'objectif de ce travail est ainsi de décrire, à travers une analyse exploratoire, les potentialités et les limites de différents algorithmes susceptibles de permettre le repérage des cas de TCIS dans le PMSI-MCO.

Méthode

Sources de données

Les données du PMSI-MCO ont été utilisées pour cette étude. Il s'agit d'une base de données nationale française, exhaustive, reposant sur le recueil systématique de données médico-administratives des séjours hospitaliers, en médecine, chirurgie et obstétrique dans les secteurs publics et privés. À chaque séjour correspond un résumé de sortie standardisé et anonymisé. Les séjours sont codés en diagnostic principal (DP), diagnostic relié (DR) et diagnostics associés (DA) selon la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Les données du PMSI-MCO ont été analysées afin de chercher à quantifier et à caractériser les enfants victimes de traumatisme crânien infligé par secouement en France. En l'absence d'un code spécifique pour le TCIS dans le PMSI-MCO, nous nous sommes appuyés sur les critères diagnostics du TCIS établis par la HAS¹. Ainsi, nous avons sélectionné dans le PMSI-MCO les séjours avec des codes CIM-10 d'hémorragie sous-durale traumatique (S06.5), lésions qui, lorsqu'elles sont objectivées, permettent de poser un diagnostic probable ou certains de TCIS. Nous avons également recherché les codes renvoyant à des hémorragies sous-arachnoïdiennes traumatiques (S06.6) pour prendre en compte d'éventuelles imprécisions de codage.

L'ensemble des séjours d'enfants âgés de 1 à 11 mois (mois révolus) résidant en France (hors Mayotte), hospitalisés avec un code CIM-10 d'hémorragie sous-durale traumatique (S06.5) ou d'hémorragie sous-arachnoïdienne traumatiques (S06.6), en diagnostic principal, relié ou associé, ont été sélectionnés dans le PMSI-MCO sur la période 2015-2017.

Dans la mesure où les hématomes sous-duraux et les hémorragies sous-arachnoïdiennes peuvent être également retrouvés chez des enfants victimes

d'accidents de la route, de traumatismes obstétricaux ou de troubles de la coagulation, nous avons exclu de l'analyse tous les enfants présentant des codes décrivant de tels troubles.

Nous avons ensuite distingué, parmi ces séjours, deux groupes. Le groupe de cas probables : les séjours avec des codes CIM-10 d'hémorragies rétiniennes (code H35.6) – lésions la plus spécifique du TCIS – ou d'autres codes évocateurs de maltraitance susceptibles d'être utilisés pour les séjours des enfants victimes de TCIS (tableau 1) ; le groupe de cas possibles : tous les autres cas (sans code de maltraitance ni de code d'hémorragies rétiniennes).

La liste des codes CIM-10 de maltraitance susceptible d'être utilisés pour coder les cas de TCIS dans le PMSI-MCO a d'abord été déterminée grâce à une revue de la littérature, puis parmi les codes proposés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans les quelques discussions relatives au bébé secoué sur l'agora forum (forum de support des utilisateurs des applications de l'ATIH). Nous avons également recherché les codes CIM-10 proposés par les logiciels d'aide au codage PMSI-MCO lorsque l'on entrait les termes « bébé secoué » ou « syndrome du bébé secoué ». Nous avons ainsi identifié neuf codes supplémentaires susceptibles d'être utilisés pour coder les cas de traumatismes crâniens infligés par secouement dans le PMSI-MCO. Les codes utilisés pour sélectionner les cas probables et possibles de TCIS sont présentés dans le tableau 1.

Analyses des données

Pour les enfants hospitalisés plusieurs fois sur la période d'étude, seul le premier séjour a été sélectionné. Utiliser le patient/l'enfant (plutôt que le séjour/l'hospitalisation) comme unité statistique dans

nos analyses était nécessaire pour pouvoir quantifier le nombre d'enfants victimes de TCIS et pour calculer par la suite des taux d'incidence et de létalité. Travailler à l'échelle des patients était nécessaire également pour décrire précisément les caractéristiques des enfants victimes de TCIS.

Des taux d'incidence d'enfants âgés de 1 à 11 mois (mois révolus) résidant en France (hors Mayotte) hospitalisés au moins une fois possiblement pour TCIS ont été calculés à partir de la formule suivante : nombre d'enfants résidant en France hospitalisés pour TCIS / nombre de naissance vivantes domiciliées sur la période. Les estimations du nombre de naissances vivantes domiciliées en France (hors Mayotte), sur la période 2015-2017, produites par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ont été utilisées. Les taux sont exprimés pour 100 000 naissances vivantes.

Des taux de létalité d'enfants âgés de 1 à 11 mois (mois révolus) résidant en France (hors Mayotte) hospitalisés au moins une fois possiblement pour TCIS ont également été calculés en utilisant la formule suivante : nombre d'enfants résidant en France décédés au cours de l'hospitalisation pour TCIS sur la période 2015-2017 / nombre d'enfants résidant en France et hospitalisés pour TCIS sur la période 2015-2017. Ces taux sont exprimés en pour cent (%).

Des analyses statistiques descriptives ont également été utilisées afin de décrire : le profil démographique (sexe, âge) des enfants, les codes CIM-10 les plus souvent utilisés chez les cas probables et chez les cas possibles, la fréquence de codage des codes CIM-10 de lésions plus spécifiques de la maltraitance que de traumatismes accidentels chez les très jeunes enfants : fractures de côte (S22.3, S22.4), fractures des os long (S52 : fracture de l'avant-bras,

Tableau 1

Présentation des codes utilisés pour sélectionner les cas probables et possibles de traumatisme crânien infligé par secouement

Cas probables	Cas possibles
<p>Au moins un code de lésions intracrâniennes</p> <ul style="list-style-type: none"> S06.5 : Hémorragie sous-durale traumatique S06.6 : Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique <p>ET/OU un code de lésions rétiniennes :</p> <ul style="list-style-type: none"> H35.6 : Hémorragie rétinienne <p>ET/OU au moins un code de maltraitance :</p> <ul style="list-style-type: none"> T74.1 : Sévices physiques T74.8 : Autres syndromes dus à de mauvais traitements T74.9 : Syndrome dû à de mauvais traitements, sans précision Y07.1 : Autres mauvais traitements par un(e) parent(e) Y07.2 : Autres mauvais traitements par une relation ou un(e) ami(e) Y07.3 : Autres mauvais traitements par des autorités officielles Y07.8 : Autres mauvais traitements par d'autres personnes précisées Y07.9 : Autres mauvais traitements par une personne non précisée Z61.6 : Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant 	<p>Au moins un code de lésions intracrâniennes</p> <ul style="list-style-type: none"> S06.5 : Hémorragie sous-durale traumatique S06.6 : Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique <p>ET aucun code de lésions rétiniennes ou de maltraitance</p>

S72 : fracture du fémur, S82 : fracture de la jambe, y compris la cheville, T10 : fracture du membre supérieur, niveau non précisé, T12 : fracture d'un membre inférieur, niveau non précisé, S42.2 : fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, S42.3 : fracture de la diaphyse de l'humérus, S42.4 : fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, S42.7 : fractures multiples de la clavicule, de l'omoplate et de l'humérus, S42.8 : fracture d'autres parties de l'épaule et du bras)^{7,8}.

Les résultats ont été exprimés : sous forme de médiane pour les variables quantitatives ; sous forme d'effectifs et de proportions pour les variables qualitatives. Les caractéristiques du groupe de cas probables et de cas possibles ont été comparées à l'aide de tests statistiques adéquats (test du Chi 2 ou test de Fisher pour les variables qualitatives et le test de Student ou de Wilcoxon pour les variables quantitatives). Conventionnellement, le seuil de significativité des tests a été fixé à 0,05. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Entreprise Guide® 7.4.

Résultats

Sur la période 2015-2017, 1 215 enfants de 1 à 11 mois (mois révolus) ont été sélectionnés, après exclusion de 38 enfants victimes d'un accident de la route, de 7 enfants présentant des troubles de la coagulation et de 5 enfants victimes de traumatismes obstétricaux. Parmi les 1 215 enfants sélectionnés, 512 (187 cas en 2015, 176 cas en 2016, 149 cas en 2017) étaient des cas probables de TCIS, 703 (259 cas en 2015, 210 en 2016 et 234 cas en 2017) des cas possibles. Le taux d'incidence d'enfants de 1 à 11 mois hospitalisés au moins une fois pour TCIS était donc de 22,1 [20,2-24,0] cas pour 100 000 naissances vivantes sur la période 2015-2017 en utilisant la définition la plus restrictive des cas probables et de 52,4 [49,5-55,4] cas pour 100 000 naissances vivantes avec la définition plus large (cas probables + cas possibles).

On retrouvait une prédominance masculine chez les cas probables comme chez les cas possibles, mais la proportion de garçons était significativement plus élevée chez les cas probables (66,0% *versus* 60,5%, $p=0,047$). L'âge médian (en mois révolus) était de 4 mois dans les deux groupes, l'âge moyen était moins élevé chez les cas probables que chez les cas possibles (4,2 mois *versus* 4,8 mois), la proportion d'enfants de moins de 6 mois significativement plus élevée chez les cas probables que chez les cas possibles (72% *versus* 63%, $p=0,0009$). Le profil des courbes des proportions de cas probables et possibles selon l'âge était assez différent. La majorité des cas probables avaient entre 2 et 6 mois (71%). Après 6 mois, le nombre de cas probables chutait fortement. Chez les cas possibles, on observait un pic chez les enfants de 1 mois (18,6% des cas) puis ensuite le nombre de cas diminuait avec l'âge (figure).

La part des patients ayant eu plusieurs séjours (au moins 2) était plus élevée chez les cas probables que chez les cas possibles (33,8% *versus* 25,7%, $p=0,002$).

La durée médiane de séjour était beaucoup plus élevée chez les cas probables que chez les cas possibles (12 jours *versus* 2 jours).

Parmi les 1 215 enfants, 55 sont décédés au cours du séjour hospitalier, 32 parmi les cas probables et 23 parmi les cas possibles. Le taux de létalité était significativement plus élevé chez les cas probables que chez les cas possibles (6,3% *versus* 3,3%, $p=0,0137$).

Description des codes les plus souvent utilisés chez les cas probables et possibles

Codes permettant d'identifier les cas probables

Le code H35.6 d'hémorragie rétinienne était présent pour plus de la moitié des cas probables (52,5%), seul (6,4%) ou en association avec d'autres codes de maltraitance susceptibles d'évoquer des cas de TCIS (46,1%).

Les codes CIM-10 susceptibles d'évoquer des cas de maltraitance les plus souvent utilisés étaient, dans l'ordre : le T74.1 « Sévices physiques » (57,8% des cas), le Z61.6 « Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant » (35,2%), le T74.9 « Syndrome dû à de mauvais traitements, sans précision » (10,2%) et le Y07.9 « Autres mauvais traitements par une personne non précisée » (5,9%).

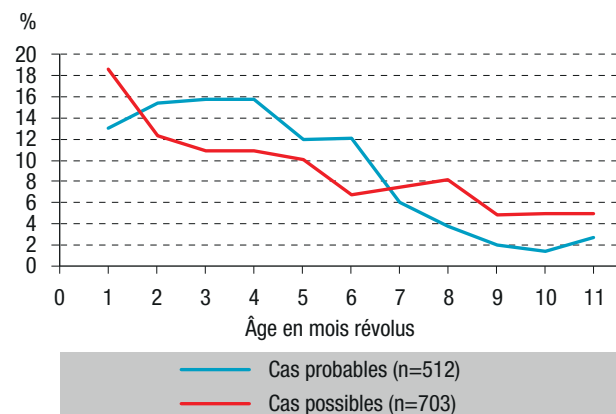
Codes souvent retrouvés chez les cas probables

En dehors des codes qui ont permis d'identifier les cas probables (codes de maltraitance et code d'hémorragie rétinienne), d'autres codes étaient très fréquemment retrouvés chez les cas probables, en particulier, le code G93 « Autres affections du cerveau » (28,9% des cas), le code Z65 « Difficultés liées à d'autres situations psychosociales » (19,1%).

Parmi les codes G93 « Autres affections du cerveau », les codes G93.2 « Hypertension intracrânienne

Figure

Répartition selon l'âge en mois révolus des cas probables et possibles de traumatisme crânien infligé par secouement hospitalisés, PMSI-MCO. France (hors Mayotte), 2015-2017



bénigne » (13,5%) et G93.5 « Compression du cerveau » (11,1 %) étaient les plus souvent utilisés.

Parmi les codes Z65, le code Z65.3 « Difficultés liées à d'autres situations juridiques » était le plus souvent utilisé (16,8%).

Ces codes fréquemment utilisés chez les cas probables sont significativement plus fréquents chez les cas probables que chez les cas possibles (tableau 2).

Fréquence d'utilisation des codes CIM-10 de lésions évocatrices de maltraitance

Globalement, il ressortait que les codes de lésions évocatrices de maltraitance étaient peu utilisés. Cependant, ils étaient significativement plus souvent utilisés chez les cas probables que chez les cas possibles de TCIS.

L'analyse détaillée montre que parmi les codes de fracture des os longs, c'était le code S72 : « Fracture du fémur » qui était le plus souvent codé chez les cas probables comme chez les cas possibles (tableau 3).

Codes souvent retrouvés chez les cas possibles

Chez les cas possibles, les codes les plus fréquemment utilisés étaient les codes S02 « Fracture du crâne et des os de la face » (41,7%) et les codes de chutes (29,7% des cas). D'autres codes étaient plus rarement présents comme les G93 « Autres affections

du cerveau » (8,2%) et les codes S00 « Lésion traumatique superficielle de la tête » (5,8%).

Parmi les codes S02 « Fracture du crâne et des os de la face », le S02.0 « Fracture de la voûte du crâne » et le S02.1 « Fracture de la base du crâne » étaient les codes les plus souvent utilisés.

Parmi les codes de chutes, le W04 : « Chute en étant porté par un tiers » (9,3%), le W08 : « Chute d'un autre meuble (hors chute d'une chaise ou d'un lit) » (5,0%) et le W17 : « Autre chute d'un niveau à un autre » (4,6%) étaient les plus souvent codés chez les cas possibles.

Parmi les codes des lésions superficielles de la tête S00, le code S00.8 : « Lésions traumatiques superficielles d'autres parties de la tête (hors cuir chevelu, paupière, région péri-oculaire, nez, oreille, lèvre) » (3,7%) était le plus souvent utilisé.

Les codes de « fracture » et les codes de « chutes » étaient significativement plus souvent utilisés chez les cas possibles que chez les cas probables. En revanche, il n'y avait pas de différence significative dans la fréquence de l'utilisation du code S00 chez les cas probables et chez les cas possibles (tableau 4).

Discussion-conclusion

Cette étude a été réalisée à partir des données hospitalières exhaustives du PMSI-MCO à l'échelle nationale, sur une période récente, de 2015 à 2017.

Tableau 2

Fréquence d'utilisation, chez les cas probables et chez les cas possibles de traumatisme crânien infligé par secouement hospitalisés, des codes CIM-10 les plus souvent retrouvés chez les cas probables, PMSI-MCO. France (hors Mayotte), 2015-2017

Codes CIM-10 et libellés	Cas probables (n=512)	Cas possibles (n=703)	p
G93 : Autres affections du cerveau	28,9%	8,2%	<0,0001
G93.2 : Hypertension intracrânienne bénigne	13,5%	4,8%	<0,0001
G93.5 : Compression du cerveau	11,1%	3,0%	<0,0001
Z65 : Difficultés liées à d'autres situations psycho-sociales	19,1%	3,1%	<0,0001
Z65.3 : Difficultés liées à d'autres situations juridiques	16,8%	2,6%	<0,0001
G41 : État de mal épileptique	15,2%	3,7%	<0,0001
R56 : Convulsions, non classées ailleurs	15,2%	5,3%	<0,0001
R40 : Somnolence, stupeur et coma	15,0%	4,8%	<0,0001
G40 : Épilepsie	14,8%	2,3%	<0,0001

Tableau 3

Comparaison de la fréquence d'utilisation des codes de fractures des côtes et de fractures des os longs chez les cas probables et possibles de traumatisme crânien infligé par secouement hospitalisés, PMSI-MCO. France (hors Mayotte), 2015-2017

Codes CIM-10 et libellés	Cas probables (n=512)	Cas possibles (n=703)	p
S22.3, S22.4 : Fractures de côte	4,9%	0,3%	<0,0001
Fracture des os longs¹	5,5%	0,9%	<0,0001
S72 : Fracture du fémur	2,3%	0,7%	0,02

¹ S52 : fracture de l'avant-bras, S72 fracture du fémur, S82 : fracture de la jambe, y compris la cheville, T10 : fracture du membre supérieur, niveau non précisé, T12 : fracture d'un membre inférieur, niveau non précisé, S42.2 : fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, S42.3 : fracture de la diaphyse de l'humérus, S42.4 : fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, S42.7 : fractures multiples de la clavicule, de l'omoplate et de l'humérus, S42.8 : fracture d'autres parties de l'épaule et du bras.

Tableau 4

Fréquence d'utilisation, chez les cas probables et chez les cas possibles de traumatisme crânien infligé par secouement hospitalisés, des codes CIM-10 les plus souvent retrouvés chez les cas possibles, PMSI-MCO. France (hors Mayotte), 2015-2017

Codes CIM-10 et libellés	Cas probables (n=512)	Cas possibles (n=703)	P
S02 : Fracture du crâne et des os de la face	11,7%	41,7%	<0,0001
S02.0 : Fracture de la voûte du crâne	10,0%	33,6%	<0,0001
S02.1 : Fracture de la base du crâne	1,6%	6,7%	<0,0001
W00-W19 : Chutes	2,5%	29,7%	<0,0001
W04 : Chute en étant porté ou soutenu par des tiers	0,8%	9,3%	<0,0001
W08 : Chute d'un autre meuble	0,2%	5,0%	<0,0001
W17 : Autre chute d'un niveau à un autre	0,4%	4,6%	<0,0001
S00 : Lésion traumatique superficielle de la tête	5,9%	5,8%	NS¹
S00.8 : Lésions traumatiques superficielle d'autres parties de la tête	3,9%	3,7%	NS ¹

¹ Non significatif.

Parmi les enfants âgés de 1 à 11 mois révolus, sélectionnés sur cette période, on dénombrait 512 cas probables de TCIS et 703 cas possibles. Le taux d'incidence des cas probables était de 22,1 [20,2-24,0] cas pour 100 000 naissances vivantes et de 52,4 [49,5-55,4] cas pour 100 000 naissances vivantes si l'on utilisait une définition plus large (cas « probables » + cas « possibles »).

Ainsi, la définition utilisée a toute son importance. L'incidence faisait plus que doubler lorsque l'on ajoutait aux cas probables, les cas possibles. Il n'y a pas à notre connaissance de données d'incidence à l'échelle nationale publiée en France. Mais plusieurs études réalisées dans des pays de niveau de développement comparables à la France ont cherché à évaluer l'incidence des TCIS. Les taux d'incidence varient selon les définitions de cas, les sources de données utilisées et le type d'études (prospectives *versus* rétrospectives). Globalement, l'incidence était comprise entre 15 et 56 pour 100 000 chez les enfants de moins d'un an^{3,4}. Les taux d'incidence les plus élevés sont retrouvés dans les études ayant recherché les cas en utilisant différentes sources de données. Dans les études comparables à la nôtre – utilisant les bases de données hospitalières – l'incidence varie plutôt entre 15 et 30 pour 100 000 chez les enfants de moins d'un an³. Ainsi, le taux d'incidence de cas probables retrouvé dans notre étude est proche de ceux retrouvés dans les études basées sur les données hospitalières alors que le taux d'incidence retrouvé avec notre définition large (cas probable + cas possible) est sensiblement plus élevé.

Nos cas probables présentent des caractéristiques proches de celles retrouvées chez les victimes de TCIS dans la littérature. Ainsi, nous retrouvons une prédominance masculine et un pic d'incidence entre 2 et 4 mois². Cette incidence plus élevée chez les 2-4 mois pourrait être associée aux pleurs plus fréquents dans les 3-4 premiers mois de la vie de l'enfant⁹. Ces pleurs, en raison du stress, de la colère, de la fatigue qu'ils peuvent occasionner chez

l'adulte, sont souvent cités comme étant un des éléments déclencheurs à l'origine des secouements.

Il est intéressant de constater que les signes cliniques les plus souvent retrouvés chez les enfants victimes de TCIS tels que l'altération de la conscience et les convulsions/épilepsie étaient fréquents également chez nos cas « probables » de TCIS². Par ailleurs, il apparaît que le code Z65.3 « Difficultés liées à d'autres situations juridiques » fait partie des codes les plus fréquemment utilisés chez les cas probables. Ce code était certainement utilisé pour indiquer que ces enfants victimes ont fait l'objet d'un signalement judiciaire. Un tel signalement est réalisé auprès du procureur par l'équipe médicale, lorsqu'il y a une forte suspicion de mécanisme de traumatisme intentionnel.

Les cas « possibles » présentaient des caractéristiques assez différentes de celles retrouvées chez les cas « probables ». D'abord, les signes cliniques souvent retrouvés chez les enfants victimes de TCIS étaient peu fréquents chez les cas possibles. De plus, les lésions évocatrices de maltraitance (fracture des os longs, fractures des côtes), plus souvent associées au TCIS qu'aux traumatismes crâniens (TCA), étaient significativement moins fréquentes chez les cas possibles que chez les cas probables. Cependant, il n'est pas possible d'exclure que ces signes cliniques ou ces lésions étaient présents mais n'ont pas été diagnostiqués, ou ont été diagnostiqués mais n'ont pas été codés.

Les codes de « chutes » fréquemment retrouvés chez les cas « possibles » ne permettent pas de conclure que les cas possibles sont majoritairement des TCA. En effet, la chute accidentelle du nourrisson est l'une des premières causes évoquées par l'entourage pour tenter de justifier les lésions observées chez un enfant qui a été secoué¹⁰. La proportion élevée de fracture du crâne chez les cas possibles (et significativement plus élevée que chez les cas probables) pose question. Dans notre étude, cette proportion est sensiblement plus élevée que les proportions retrouvées dans les études ayant

décrit les lésions retrouvées chez les victimes de TCIS^{11,12}. Toutefois, il faut rester prudent dans l'interprétation de ce résultat dans la mesure où il n'y a pas de consensus dans la littérature sur le fait que les fractures du crâne seraient plus spécifiques de traumatismes accidentels que de traumatismes par maltraitance¹³.

La comparaison des indicateurs de gravité (taux de létalité et durée médiane de séjour) chez les cas possibles et probables est peut-être l'un des éléments les plus tangibles pour se questionner sur la composition du groupe de cas « possibles ». En effet, la comparaison des durées médianes chez les cas possibles et chez les cas probables semble indiquer que les cas possibles présentent des atteintes moins lourdes que les cas probables : la durée médiane de séjour était six fois plus faible chez les cas possibles que chez les cas probables (2 jours *versus* 12 jours) ; les taux de létalité étaient presque deux fois plus faibles chez les cas possibles que chez les cas probables (3,3% *versus* 6,3%). Ces écarts interrogent dans la mesure où la littérature indique que les TCIS présentent des atteintes plus lourdes que les enfants victimes de TCA¹⁴. Les études qui ont comparé des enfants victimes de TCIS et de TCA retrouvaient des taux de létalité significativement plus élevés chez les victimes de TCIS que chez les victimes de TCA. La gravité des lésions induites par le mécanisme de secouement et le retard aux soins en cas de TCIS expliqueraient ces taux de létalité plus élevés chez les TCIS que chez les TCA. Dans la continuité de ces analyses, il serait intéressant de réaliser une étude de validation avec retour au dossier des patients pour mesurer précisément les qualités métrologiques de nos algorithmes de sélection des cas de TCIS.

Cette étude exploratoire présente plusieurs limites. Certaines sont d'abord inhérentes à l'utilisation des données du PMSI-MCO et à la précision des informations recueillies. Il est possible que des codes inappropriés aient été utilisés pour coder les hématomes sous-duraux et les hémorragies sous-arachnoïdiennes, faussant la sélection de nos cas possibles ou probables. Ensuite, le PMSI-MCO est une base de données médico-administrative et les données recueillies ont un impact direct sur le financement des établissements. Ainsi, on ne peut pas exclure que les codes de maltraitance n'aient pas été systématiquement utilisés en raison de leur faible impact en termes de valorisation des séjours. Par ailleurs, l'absence d'un code spécifique pour le TCIS ou de recommandations de codage sont d'autres éléments qui ont pu conduire à une absence d'utilisation des codes de maltraitance alors que le diagnostic de TCIS avait bien été posé. Il est possible également que les codes de maltraitance n'aient pas été utilisés parce que le diagnostic de TCIS n'avait pas été posé par le médecin. Plusieurs études ont en effet souligné les difficultés rencontrées par les médecins pour diagnostiquer le TCIS et la maltraitance en général^{15,16}.

Il ressort de cette étude que la quantification précise des cas de TCIS hospitalisés à partir des données du PMSI-MCO est complexe. La mise en place d'un code spécifique dans le PMSI-MCO pour le TCIS, comme cela a été envisagé dans le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019⁶, favoriserait le codage des cas de TCIS et permettrait de dénombrer, de façon fiable, les cas de TCIS diagnostiqués comme tel et hospitalisés.

Ainsi, dans la continuité des recommandations de la HAS¹, qui ont précisé un certain nombre d'éléments relatifs au diagnostic du TCIS, les efforts pour améliorer le diagnostic des cas de TCIS doivent être poursuivis. Par ailleurs, la mise en place d'un code spécifique pour le TCIS devra être accompagnée de recommandations afin que les diagnostics de TCIS soient mentionnés explicitement dans les dossiers des patients pour permettre un codage systématique de ces cas. ■

Remerciements

Nous remercions l'Observatoire national de la protection de l'enfance pour son soutien dans la construction des algorithmes de repérage.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Haute Autorité de sante. Syndrome du bébé secoué ou traumatisme crânien non accidentel par secouement. Recommandation de bonnes pratiques. [Internet]. Saint-Denis: HAS. Mis en ligne le 29 septembre 2017. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2794425/fr/syndrome-du-bebe-secoue-ou-traumatisme-cranien-non-accidentel-par-secouement.
- [2] Greeley CS. Abusive head trauma: a review of the evidence base. *AJR Am J Roentgenol*. 2015;204(5):967-73.
- [3] Fujiwara T, Barr RG, Brant RF, Rajabali F, Pike I. Using International Classification of Diseases, 10th edition, codes to estimate abusive head trauma in children. *Am J Prev Med*. 2012;43(2):215-20.
- [4] Parrish J, Baldwin-Johnson C, Volz M, Goldsmith Y. Abusive head trauma among children in Alaska: a population-based assessment. *Int J Circumpolar Health*. 2013;72(1). doi: 10.3402/ijch.v72i0.21216
- [5] Tursz A, Cook JM. Epidemiological data on shaken baby syndrome in France using judicial sources. *Pediatr Radiol*. 2014;44 Suppl 4:S641-6.
- [6] Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. 70 p. https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/PlanVIOLENCES_-ENFANTS_2017-2019.pdf.
- [7] Lonergan GJ, Baker AM, Morey MK, Boos SC. From the archives of the AFIP: Child abuse: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2003;23(4):811-45.
- [8] Loder RT, O'Donnell PW, Feinberg JR. Epidemiology and mechanisms of femur fractures in children. *J Pediatr Orthop*. 2006;26(5):561-6.
- [9] Barr RG, Trent RB, Cross J. Age-related incidence curve of hospitalized Shaken Baby Syndrome cases: Convergent evidence for crying as a trigger to shaking. *Child Abuse Negl*. 2006;30(1):7-16.

[10] Hettler J, Greenes DS. Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? *Pediatrics*. 2003;111(3):602-7.

[11] King WJ, MacKay M, Sirnick A. Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *CMAJ*. 2003;168(2):155-9.

[12] Mireau E. Syndrome du bébé secoué. Hématome sous-dural du nourrisson et maltraitance. À propos d'une série de 404 cas. Thèse pour le Doctorat en Médecine. Paris: Université René Descartes; 2005. 216 p.

[13] Barber I, Kleinman PK. Imaging of skeletal injuries associated with abusive head trauma. *Pediatr Radiol*. 2014;44 Suppl 4:S613-20.

[14] Niederkrotenthaler T, Xu L, Parks SE, Sugerman DE. Descriptive factors of abusive head trauma in young children--United States, 2000-2009. *Child Abuse Negl*. 2013;37(7):446-55.

[15] Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2015; 66(5):447-54.

[16] Gilard-Pioc S, Perez K, François-Purcell I. Difficulties encountered by general practitioners in the management of shaken baby syndrome: report of a survey conducted in the department of Yonne, France. *Public Health*. 2016;141:23-5.

Citer cet article

Paget LM, Gilard-Pioc S, Quantin C, Cottenet J, Beltzer N. Les enfants victimes de traumatismes crâniens infligés par secouement hospitalisés : analyse exploratoire des données du PMSI. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(26-27): 533-40. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_4.html

ARTICLE // Article

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DES PERSONNES DÉCLARANT DES ANTÉCÉDENTS DE VIOLENCES SEXUELLES AVANT L'ÂGE DE 15 ANS – RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017

// STATE OF MENTAL HEALTH TO PEOPLE REPORTING A HISTORY OF SEXUAL VIOLENCE BEFORE 15 YEARS OLD – RESULTS OF SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2017

Maud Gorza (maud.gorza@santepubliquefrance.fr), Christophe Léon, Linda Lasbeur, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017*

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Groupe Baromètre de Santé publique France 2017 : Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert.

Soumis le 18.04.2019 // *Date of submission: 04.18.2019*

Résumé // Abstract

Introduction – L'ensemble des enquêtes scientifiques interrogeant le vécu de violences sexuelles conclut que la majorité de ces violences surviennent pour la première fois pendant l'enfance. Il s'agit d'un facteur de risque important dans l'apparition de troubles de santé mentale qui peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'état de santé mentale des personnes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles avant 15 ans et de décrire les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques des personnes concernées par de telles violences.

Méthodes – En 2017, le Baromètre de Santé publique France a interrogé 25 319 personnes de 18 à 75 ans. La variable d'intérêt de l'étude est le fait d'avoir déclaré être victime de violences sexuelles pour la première fois avant l'âge de 15 ans.

Résultats – Près de 6% des femmes et 1,4% des hommes ont déclaré avoir été forcés à subir ou à faire des attouchements sexuels, ou ont été forcés à avoir des rapports sexuels contre leur volonté avant l'âge de 15 ans. Les victimes de violences sexuelles dans l'enfance ont davantage de troubles de santé mentale – notamment les femmes – et ont un risque d'avoir tenté de se suicider au cours de la vie nettement plus élevé que les personnes n'ayant pas vécu cet événement.

Discussion – Malgré une sous-déclaration connue des violences sexuelles, les résultats vont dans le sens de la littérature scientifique française et internationale. La mesure du phénomène de la violence envers les enfants pose aujourd'hui encore de nombreux défis et la prévention de ces violences est un véritable enjeu de santé publique. De nombreux efforts devront être déployés afin de faire progresser les connaissances sur l'ampleur et la nature du phénomène ainsi que sur leurs cooccurrences avec d'autres événements de vie adverses.

Introduction – Scientific surveys questioning the experience of sexual violence conclude that the majority of this violence occurs for the first time during childhood. Sexual abuse experienced in childhood is a major risk factor in the emergence of mental health problems that can persist into adulthood.

The aim of this work, after assessing the prevalence of reports of sexual violence before the age of 15 in metropolitan France in 2017 and explore the characteristics of people concerned, is to assess their state of mental health.

Methods – In 2017, the Santé publique France Health Barometer surveyed 25,319 randomly selected people aged 18 to 75. The variable of interest in the study is having reported being a victim of sexual violence for the first time before the age of 15.

Results – Nearly 6% of women and 1.4% of men reported having been forced to undergo or to make sexual touching, or to have sex against their will before the age of 15. Victims of sexual abuse in childhood have more mental health problems – women in particular – and are more likely to have attempted suicide than people who have not experienced this negative life event.

Discussion – Despite a known under-reporting of sexual violence, the results are in line with the French and international scientific literature. Measuring child maltreatment presents many challenges and its prevention is a real public health issue. Many efforts will have to be done to advance knowledge about the extent and nature of the phenomenon as well as their co-occurrence with other adverse life events.

Mots-clés : Violences sexuelles, Enfance, Santé mentale, Enquête, Population générale

// **Keywords**: Sexual abuse, Childhood, Mental health, Survey, General population

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé qu'en 2012, à partir d'une revue systématique de la littérature réalisée en 2016, un adulte sur quatre aurait subi de la violence physique durant son enfance¹. En France, peu de données sont disponibles pour mesurer l'ampleur des différents types de maltraitance envers les enfants, bien que leurs conséquences, à court et long termes, soient de mieux en mieux connues et documentées². Néanmoins, concernant plus spécifiquement les actes de violences sexuelles, différentes enquêtes sont mobilisables³.

Des enquêtes portant sur la santé, ou plus spécifiquement sur la sexualité ou les violences, ont intégré des questions concernant les violences sexuelles subies et l'âge de leur survenue. Bien que les questions diffèrent, ces enquêtes concordent sur la grande concentration des violences sexuelles aux plus jeunes âges de la vie et sur le fait que les femmes sont plus touchées que les hommes. Ainsi, plus de la moitié des violences sexuelles déclarées par les femmes et les deux tiers de celles déclarées par les hommes se produisent ou débutent avant l'âge de 18 ans³. Ce résultat est également retrouvé dans les études internationales : selon une méta-analyse réalisée dans 22 pays, la proportion de la population à avoir été victime au moins une fois d'une agression sexuelle avec contact dans l'enfance est de 20% chez les femmes et de 8% chez les hommes⁴.

Il est également reconnu que les violences sexuelles vécues dans l'enfance représentent un facteur de risque important dans l'apparition de problèmes de santé mentale et d'adaptation psychologique et sociale, qui peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte et évoluer de manière à affecter le fonctionnement normal de l'individu concerné⁵⁻⁷. Une étude⁸ ayant

porté sur une cohorte de victimes d'agression sexuelle dans l'enfance, suivies sur une période de plus de 40 ans, a montré que les femmes victimes de ces violences avaient plus de 7 fois plus de risque d'avoir eu un diagnostic d'état de stress post-traumatique, près de 9 fois plus de risque d'avoir eu un trouble d'abus de substances (alcool et drogues) et près de 8,5 fois plus de risque d'avoir reçu un diagnostic de trouble de personnalité limite que les femmes n'en ayant pas été victimes. Une enquête française a également montré une santé mentale dégradée parmi les personnes déclarant des violences sexuelles⁹.

Par ailleurs, la loi définit comme circonstances aggravantes les agressions (dont les violences sexuelles) lorsque la victime est un mineur de 15 ans (Code pénal, article 222-13), cet âge étant également le seuil fixé par le législateur pour les atteintes sexuelles (Code pénal, article 227-25).

Selon la loi, les violences sexuelles englobent tout acte sexuel, dont les viols, tentatives de viols et agressions sexuelles, commis avec violence, contrainte, menace ou surprise. La définition retenue dans cette étude sur les violences sexuelles est un peu plus restrictive et regroupe les rapports sexuels forcés ainsi que les attouchements subis ou forcés à faire.

En raison de son impact négatif lorsque ces violences sexuelles surviennent pendant l'enfance et de ses effets sur la santé mentale des individus tout au long de leur vie, et du fait que le législateur ait fixé à 15 ans le seuil marquant une atteinte spécifique à l'enfance, l'objectif principal de cet article est d'évaluer, à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2017, l'état de santé mentale des personnes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles avant 15 ans. L'objectif secondaire est de décrire les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de cette population.

Matériels et méthode

Sources de données et variables

Les résultats présentés dans cette étude sont issus des données du Baromètre de Santé publique France 2017, enquête réalisée en France métropolitaine chez les 18-75 ans. Le protocole détaillé de l'enquête et le questionnaire sont disponibles par ailleurs¹⁰. Les événements de vie vécus dans l'année ou avant l'âge de 18 ans ont été mesurés afin d'étudier leurs liens avec la dépression, l'anxiété ou le mal-être. Une question unique relative aux violences sexuelles était posée : « *Avoir été forcés à subir ou à faire des attouchements sexuels, ou à avoir eu des rapports sexuels contre sa volonté* » ; l'âge de leurs survenues s'intégrant dans un module plus global dans lequel étaient explorés les problèmes familiaux (perte ou maladie d'un proche, un climat familial difficile), personnels (problèmes d'argent, violences subies autres que sexuelles), sentimentaux (séparation ou divorce) ou professionnels (perte d'un emploi).

La variable d'intérêt de l'étude est d'avoir déclaré avoir subi un acte de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans. Cette variable a été construite à partir de deux questions : « *Au cours de votre vie, vous-a-t-on forcé à subir ou à faire des attouchements sexuels, ou vous a-t-on forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?* » et « *Quel âge aviez-vous quand c'est arrivé la première fois ?* ». La formulation de la question sur les violences sexuelles n'est pas une formulation classique pour ce type de violence, néanmoins elle est proche de celle utilisée pour l'une des questions posées dans l'enquête Virage de 2015¹¹.

Les variables sociodémographiques analysées ont pris en compte les principaux déterminants sociaux de la santé au niveau individuel¹², incluant deux variables démographiques : le sexe et l'âge en trois classes (18-24 ans ; 25-54 ans ; 55-75 ans), ainsi que le statut socioéconomique des personnes interrogées par trois variables : le niveau de diplôme (inférieur au Bac ; équivalent au Bac ; supérieur au Bac), le statut professionnel (travail ; études ; chômage/au foyer/inactifs ; retraite), et la situation financière perçue (à l'aise/ça va ; c'est juste/difficile/n'y arrive pas sans faire de dettes). Les liens entre la triade « éducation – revenus – situations professionnelles » et les indicateurs de santé sont largement documentés. Le statut matrimonial (marié ou pacsé ; célibataire ou en concubinage ou en union libre ; divorcé ; veuf) a été également interrogé compte tenu de son lien documenté avec certains indicateurs de santé mentale¹³.

Les déterminants associés à la santé mentale des individus, disponibles dans le Baromètre de Santé publique France 2017, sont : les troubles anxieux actuels, mesurés par l'échelle *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD) (posée à un quart de l'échantillon)¹⁴, l'épisode dépressif caractérisé (EDC), qui s'appuie sur la version courte du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview – Short Form* (CIDI-SF)¹⁵, les pensées suicidaires

au cours des 12 derniers mois, à partir de la question : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* », ainsi que les tentatives de suicide au cours de la vie : « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentatives de suicide ?* ». La taille importante de l'échantillon de l'enquête et sa représentativité permet l'analyse de ces indicateurs. De plus, ces variables ont été choisies pour leur prévalence importante dans la population, permettant ainsi l'analyse sur des effectifs suffisants¹³.

Enfin, une question sur la perception de l'état de santé en général (très bon/bon/assez bon ; mauvais/très mauvais) et une autre sur les violences interparentales (« *Avant vos 18 ans, avez-vous connu de graves disputes ou un climat de violence entre vos parents ?* ») ont été utilisées comme variables de confusion dans la survenue des troubles mentaux.

Analyses statistiques

Les données du Baromètre de Santé publique France 2017 ont été pondérées en fonction du nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'Enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Les analyses ont été stratifiées selon le sexe. Les effectifs présentés sont bruts, c'est-à-dire sans tenir compte de la pondération et du redressement, tandis que les pourcentages présentés sont pondérés et redressés.

Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (Chi² de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Des régressions logistiques ont été réalisées : 1) afin de contrôler l'existence d'éventuels liens entre la variable d'intérêt et les caractéristiques de la population, mesurés à l'aide de l'odds ratio brut (OR) et par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5% ; 2) pour quantifier la force du lien entre les variables Santé mentale et les antécédents de violences sexuelles, mesurés à l'aide de l'odds ratio ajusté (ORa) et par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Pour cette deuxième régression logistique, les personnes ayant déclaré des violences sexuelles après 14 ans (N=495) ont été volontairement exclues de l'analyse afin de comparer les personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant 15 ans *versus* celles n'ayant pas vécu ces violences au cours de leur vie.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® (version 13.1 SE).

Résultats

L'échantillon du Baromètre de santé publique France 2017 comprenait 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans. Au total, 25 182 personnes ont accepté de répondre aux questions concernant les violences sexuelles et, parmi elles, 1 430 (soit 5,6%) ont déclaré

avoir subi des violences sexuelles. Le sex-ratio était de 0,18 : 217 hommes et 1 213 femmes. Parmi eux, 73,6% des hommes et 63,9% des femmes ont déclaré avoir subi ces violences pendant l'enfance ($p < 0,05$) (figure).

Au total, 767 femmes et 168 hommes ont déclaré avoir subi des violences sexuelles avant 15 ans : chez les femmes, moins de 4% de ces violences ont été subies avant 5 ans, 30% entre 5 et 9 ans, et également entre 10 et 14 ans ; chez les hommes moins de 5% avant l'âge de 5 ans, plus de 30% entre 5 et 9 ans et plus de 35% entre 10 et 14 ans (figure).

Caractéristiques des personnes déclarant des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans

En 2017, 5,9% [5,4-6,4] (n=767) des femmes et 1,4% [1,2-1,7] (n=168) des hommes de 18-75 ans ont déclaré avoir été forcés à subir ou à faire des attouchements sexuels, ou ont été forcés à avoir des rapports sexuels contre leur volonté pour la première fois avant l'âge de 15 ans. L'âge moyen et l'âge médian déclarés lorsque c'est arrivé pour la première fois était de 9 ans pour les femmes et pour les hommes.

Chez les hommes et les femmes, les taux de prévalences d'antécédents de violences sexuelles déclarés ayant eu lieu avant 15 ans étaient significativement plus élevés chez les personnes de 25 à 54 ans au moment de l'enquête (7,1% chez les femmes et 1,7% chez les hommes), chez les personnes en situation

d'inactivité professionnelle (8,7% chez les femmes et 2,9% chez les hommes), divorcées (9,6% chez les femmes et 2,6% chez les hommes) et ayant une mauvaise situation financière perçue (7,8% chez les femmes et 2,2% chez les hommes) (tableau 1).

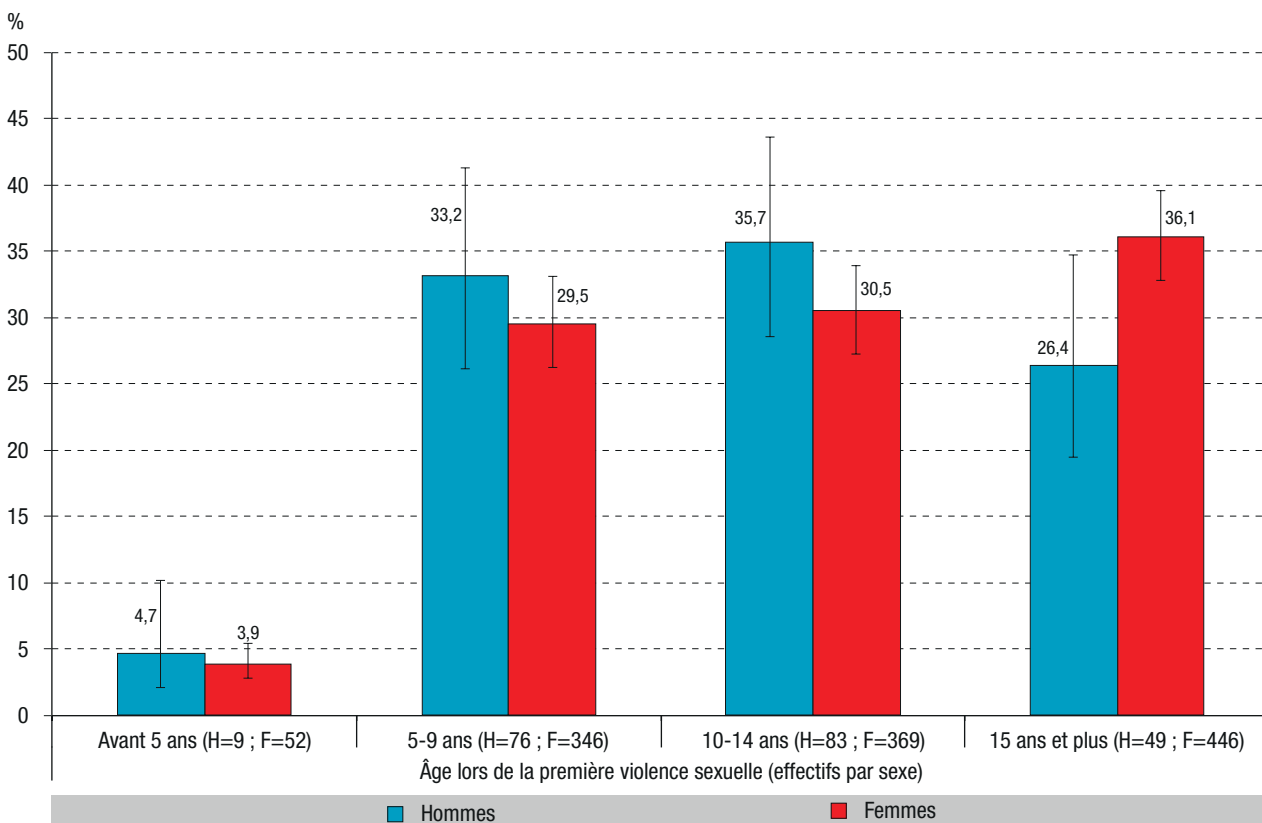
Chez les femmes uniquement, et par rapport aux personnes mariées ou pacsées, la proportion des violences sexuelles était plus élevée parmi les célibataires (6,6% ; OR=1,4 ; $p < 0,01$). Chez les hommes uniquement, un diplôme supérieur au Bac indiquait une proportion plus élevée de victimes de violences sexuelles par rapport aux hommes ayant un diplôme inférieur au Bac (1,9% ; OR=1,6 ; $p < 0,05$) (tableau 1).

Le pourcentage d'hommes et de femmes percevant un mauvais état de santé générale était plus important chez ceux déclarant des antécédents de violences sexuelles (respectivement 3,3% et 9,3% ; OR=2,7 et 1,7 ; $p < 0,001$), de même que la proportion de personnes déclarant des conduites suicidaires (pensées suicidaires au cours de l'année et tentatives de suicide au cours de la vie) et des EDC au cours de l'année (les OR variant de 2,9 à 7,7 selon ces indicateurs ; $p < 0,001$) (tableau 1).

Enfin, concernant les troubles anxieux, les femmes déclarant un trouble anxieux actuel étaient 2,4 fois plus concernées par les antécédents de violences sexuelles ($p < 0,001$) que les femmes qui n'en avaient pas déclaré ; ce résultat n'étant pas significatif chez les hommes (tableau 1).

Figure

Répartition de l'âge lors de la première violence sexuelle déclarée chez les 18-75 ans, selon le sexe, en 2017, France métropolitaine



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Tableau 1

Caractéristiques des personnes ayant déclaré des violences sexuelles avant 15 ans, analyse univariée, selon le sexe, chez les 18-75 ans, en 2017, en France métropolitaine

Caractéristiques	Hommes n=11 566			Femmes n=13 616		
	% pondérés (effectifs bruts)	OR bruts	IC95%	% pondérés (effectifs bruts)	OR bruts	IC95%
Âge en tranches						
18-24 ans	0,3 (6)	- 1 -		4,6 (49)	- 1 -	
25-54 ans	1,7 (104)	5,9***	[2,4-14,2]	7,1 (453)	1,6*	[1,1-2,3]
55-75 ans	1,3 (58)	4,5**	[1,8-11,1]	4,5 (265)	1,0	[0,7-1,4]
Niveau de diplôme						
Inférieur au Bac	1,2 (55)	- 1 -		6,2 (281)	- 1 -	
Bac ou équivalent	1,3 (31)	1,1	[0,6-1,8]	5,6 (168)	0,9	[0,7-1,1]
Supérieur au Bac	1,9 (82)	1,6*	[1,1-2,4]	5,6 (317)	0,9	[0,7-1,1]
Statut professionnel						
Travail	1,2 (90)	- 1 -		5,9 (419)	- 1 -	
Études	0,8 (7)	0,7	[0,3-1,7]	4,6 (32)	0,8	[0,5-1,2]
Chômage/au foyer/inactifs	2,9 (41)	2,4***	[1,5-3,8]	8,7 (164)	1,5**	[1,2-1,9]
Retraite	1,2 (30)	1,0	[0,6-1,6]	3,8 (152)	0,6***	[0,5-0,8]
Situation matrimoniale						
Marié ou pacsé	1,1 (66)	- 1 -		4,7 (314)	- 1 -	
Célibataire	1,5 (71)	1,3	[0,9-2,0]	6,6 (269)	1,4**	[1,1-1,8]
Divorcé	2,6 (27)	2,3**	[1,4-3,9]	9,6 (150)	2,1***	[1,6-2,8]
Veuf	2,1 (4)	1,9	[0,6-5,9]	3,8 (33)	0,8	[0,5-1,3]
Situation financière perçue						
À l'aise, ça va	0,9 (85)	- 1 -		4,7 (376)	- 1 -	
Juste/difficile/n'y arrive pas sans faire de dette	2,2 (83)	2,4***	[1,7-3,4]	7,8 (391)	1,8***	[1,5-2,1]
Perception de son état de santé en général						
Très bon/bon/assez bon	1,3 (143)	- 1 -		5,6 (688)	- 1 -	
Mauvais/très mauvais	3,3 (22)	2,7***	[1,6-4,6]	9,3 (76)	1,7***	[1,3-2,3]
Violence inter-parentale avant l'âge de 18 ans						
Non	0,9 (88)	- 1 -		3,6 (384)	- 1 -	
Oui	3,8 (80)	4,5***	[3,1-6,5]	13,2 (378)	4,1***	[3,4-4,9]
Trouble anxieux actuel						
Non	1,2 (37)	- 1 -		4,4 (137)	- 1 -	
Oui	2,4 (9)	2,0	[0,9-4,5]	9,8 (53)	2,4***	[1,5-3,6]
EDC au cours de l'année						
Non	1,2 (137)	- 1 -		4,8 (578)	- 1 -	
Oui	3,7 (29)	3,1***	[1,8-5,1]	13,0 (188)	2,9***	[2,3-3,7]
Pensées suicidaires au cours de l'année						
Non	1,3 (148)	- 1 -		5,0 (644)	- 1 -	
Oui	3,9 (20)	3,1***	[1,7-5,7]	21,4 (123)	5,1***	[3,9-6,8]
Tentative de suicide au cours de la vie						
Non	1,1 (125)	- 1 -		4,4 (546)	- 1 -	
Oui	8,0 (43)	7,7***	[4,9-12,1]	19,6 (221)	5,3***	[4,2-6,6]

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05.

IC 95% : intervalle de confiance à 95% ; OR : odds ratio bruts.

EDC : Épisode dépressif caractérisé.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

État de santé mentale des personnes ayant déclaré avoir subi des violences sexuelles avant l'âge de 15 ans

Selon les données du Baromètre de Santé publique France 2017, les hommes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant 15 ans étaient 2 fois plus susceptibles d'avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois (ORa=1,9 ; p<0,05) et environ 5 fois plus concernés par les tentatives de suicide au cours de la vie (ORa=4,6 ; p<0,001) que les hommes n'ayant pas vécu cet événement. Après ajustement, les odds ratios ne sont pas significatifs pour les troubles anxieux et les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (tableau 2).

Les femmes ayant déclaré avoir été victimes de violences sexuelles dans l'enfance étaient 2 fois plus concernées par un trouble anxieux (p<0,001) ainsi que par le fait d'avoir vécu un EDC au cours des 12 derniers mois (p<0,001), et près de 4 fois plus sujettes aux conduites suicidaires (pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et tentatives de suicide au cours de la vie ; p<0,001) que les femmes n'ayant pas vécu de violences sexuelles avant 15 ans (tableau 2).

Discussion

Le Baromètre de Santé publique France 2017, qui repose sur un large échantillon représentatif de la population française, indique que près de 6% des femmes et 1,4% des hommes de 18-75 ans ont déclaré avoir été forcés à subir ou à faire des attouchements sexuels, ou ont été forcés à avoir des rapports sexuels contre leur volonté avant l'âge de 15 ans pour la première fois. Aucune publication récente ne permet de confronter nos résultats à d'autres études présentant des prévalences nationales de violences sexuelles survenues avant l'âge de 15 ans. Cependant, à titre de comparaison, une enquête québécoise menée en 2012 estimait les violences sexuelles survenues avant l'âge

de 16 ans à 16% chez les femmes et 11% chez les hommes¹⁶. Une méta-analyse qui recense les prévalences d'agressions sexuelles avant l'âge de 18 ans dans différents pays montrait qu'en Europe 14% de filles et 6% de garçons avaient été concernés, ainsi que 20% de filles et 8% de garçons en Amérique du Nord¹⁷.

De manière générale, la sous-déclaration dans les enquêtes sur les violences sexuelles subies est connue, ce type de violences étant difficilement dicibles, et les résultats présentés ne reflètent pas l'ampleur du phénomène^{11,18-20}. Les écarts de prévalence observés pour les agressions sexuelles entre les différentes enquêtes en population générale ont fait l'objet de travaux montrant à quel point la thématique de l'enquête (multithématique ou centrée sur la sexualité ou les violences subies), la nature des faits retenus, la formulation même de la question⁽¹⁾ ainsi que le protocole de collecte (en face-à-face ou par téléphone avec un enquêteur, ou auto-administré par ordinateur) impactent fortement les résultats⁹. Ainsi, dans le Baromètre de Santé publique France, qui est une enquête multithématique, la question unique sur les actes de violences sexuelles s'intègre dans un module consacré aux événements de vie et fait suite à des modules concernant les comportements liés à la consommation de tabac et d'alcool. Le module événements de vie explore de façon similaire les violences sexuelles et la perte ou la maladie d'un proche, un climat familial difficile, les problèmes d'argent, les violences subies autres que sexuelles (vols, menaces, humiliation ou intimidation, agressions physiques), le harcèlement sexuel, la séparation ou le divorce et la perte d'un emploi.

(1) Le Baromètre de santé publique France 2017 pose une seule question agrégeant attouchements subis ou forcés et rapports sexuels non désirés. L'enquête canadienne se base sur deux items : (1) « Combien de fois un adulte vous a-t-il forcé, ou essayé de vous forcer, à avoir une activité sexuelle non désirée en vous menaçant, en vous immobilisant ou en vous faisant mal d'une autre façon ? » (2) « Combien de fois un adulte vous a-t-il touché contre votre volonté d'une manière sexuelle ? ».

Tableau 2

Associations entre les antécédents de violences sexuelles survenus avant l'âge de 15 ans et l'état de santé mentale selon le sexe, chez les 18-75 ans, en 2017, France métropolitaine

Troubles mentaux	Antécédents de violences sexuelles avant 15 ans	Hommes			Femmes		
		n	ORa	IC95%	n	ORa	IC95%
Troubles anxieux actuels	Non	2 838	- 1 -		3 145	- 1 -	
	Oui	46	1,0	[0,3-3,3]	190	2,0***	[1,3-3,0]
Épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois	Non	11 323	- 1 -		12 369	- 1 -	
	Oui	166	1,9*	[1,0-3,4]	766	2,1***	[1,6-2,6]
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	Non	11 343	- 1 -		12 391	- 1 -	
	Oui	168	1,7	[0,9-3,3]	767	3,7***	[2,8-5,0]
Tentative de suicide au cours de la vie	Non	11 342	- 1 -		12 395	- 1 -	
	Oui	168	4,6***	[2,9-7,3]	767	3,9***	[3,0-4,9]

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05.

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; ORa : odds ratio ajusté sur l'âge en continu, le diplôme, le statut professionnel, la situation matrimoniale, la perception de sa situation financière, la perception de son état de santé en général et les violences inter-parentales.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

De plus, la formulation de la question est complexe. Des recherches ont montré que ce type de questionnaire ne favorisait pas, contrairement à d'autres enquêtes conçues pour, l'expression de tels événements^{9,11,19}. Notons également qu'une étude québécoise a confirmé que parmi les enfants victimes d'agression sexuelle, une proportion de 16% des femmes n'avait jamais dévoilé leur agression, cette proportion était de 30% chez les hommes²², pouvant corroborer ainsi la sous-déclaration dans les enquêtes en population générale. Si certaines publications font état d'une plus grande libération de la parole¹⁸, en particulier à propos des rapports sexuels contraints survenus avant l'âge de 18 ans, et plus encore avant celui de 15 ans¹⁹, les données du Baromètre de Santé publique France de 2017 ne permettent pas ce genre de constat. Nos résultats sont donc sous-estimés et ne présentent qu'un seuil a minima du phénomène étudié.

Cependant, les résultats présentés vont dans le sens de la littérature scientifique française et internationale, tant sur les caractéristiques des victimes que sur les conséquences sur la santé mentale à l'âge adulte. Tout d'abord, comme énoncé précédemment, les femmes déclarent davantage avoir été victimes de violences sexuelles durant l'enfance que les hommes. Ce résultat est retrouvé dans quasiment toutes les études menées sur ce sujet, notamment dans trois enquêtes françaises réalisées en population générale par téléphone et selon un sondage aléatoire : le Baromètre de santé Publique France de 2016¹⁸, l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) de 2006⁹ et l'enquête Violences et rapports de genre (Virage) de 2015¹¹. Le Baromètre de santé Publique France de 2016 estimait que 19% des femmes et 5% des hommes de 18-69 ans avaient déclaré avoir été confrontés à des rapports forcés ou des tentatives de rapport forcés. Selon l'enquête CSF, qui a interrogé des personnes âgées de 18 à 69 ans, 16% des femmes et 5% des hommes déclaraient avoir subi des rapports forcés ou des tentatives de rapports forcés au cours de leur vie. Enfin, selon l'enquête Virage, chez les personnes âgées de 20 à 69 ans, 14% de femmes et 4% d'hommes déclaraient avoir vécu au cours de leur vie, pendant l'enfance et à l'âge adulte, au moins une forme d'agression sexuelle (forcé à faire ou à subir des attouchements du sexe, tentative ou rapport sexuel forcé).

Concernant l'âge de survenue de ces violences, pour la grande majorité des personnes ayant vécu des violences sexuelles, ces actes ont eu lieu avant l'âge de 15 ans, avec respectivement 64% des femmes et 74% des hommes. Ces pourcentages élevés vont dans le sens des autres enquêtes : dans le Baromètre de Santé publique France 2016, la première expérience de violences sexuelles survenait majoritairement avant 18 ans pour 47,4% des femmes et 60,2% chez les hommes¹⁸ ; dans l'enquête Virage, où plus de la moitié des hommes et près de 40% des femmes avaient moins de 15 ans lors des faits de viol ou tentative de viol, ce pourcentage était d'un peu moins

de 40% pour les femmes comme pour les hommes pour les autres agressions sexuelles¹¹ ; enfin, dans l'enquête CSF, les violences sexuelles ont majoritairement été subies avant 18 ans : 59% des rapports forcés déclarés par les femmes et 67% de ceux déclarés par les hommes²⁰.

Concernant les caractéristiques des personnes ayant déclaré des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans, il convient de rappeler que, de façon générale, une analyse transversale de ce type ne permet pas d'établir de liens de causalité. Le Baromètre de Santé publique France 2017, de par sa méthodologie et l'absence de rétrospection, ne permet pas de comprendre en détail le contexte et les expériences de vie des victimes notamment au moment des faits. Dans notre étude, les hommes et les femmes déclarant des antécédents de violences sexuelles sont surreprésentés parmi les 25-54 ans, reflétant peut-être une moindre déclaration parmi les générations les plus âgées, résultat également retrouvé dans l'étude faite à partir des données du Baromètre de Santé publique France de 2016 et l'étude CSF de 2006. Les personnes divorcées, au chômage, et précaires économiquement sont également surreprésentées, ce résultat peut être rapproché de plusieurs études montrant que le fait d'avoir été maltraité dans l'enfance, dont avoir subi des violences sexuelles, était associé à un plus faible statut socio-économique à l'âge adulte²²⁻²⁵. Une cohorte néo-zélandaise²² a montré qu'à 30 ans les personnes ayant subi des violences sexuelles dans l'enfance étaient moins diplômées, plus souvent dépendantes des aides de l'État et avaient un revenu moyen moins élevé que celles n'ayant pas été victimes de violences sexuelles. Une caractéristique importante chez les hommes et les femmes est le fait d'avoir vécu des violences inter-parentales avant l'âge de 18 ans. Ce résultat attire notre attention sur la problématique de la cooccurrence⁽²⁾ entre un environnement marqué par la violence au sein de la relation conjugale et les différentes formes de maltraitance envers les enfants, provenant du constat, partagé dans différentes études, que les enfants sont rarement victimes d'une seule forme de mauvais traitement dans la famille ; l'abus sexuel envers l'enfant est tout autant susceptible de survenir que l'abus physique²⁶.

Enfin, on note également une proportion plus importante chez les personnes déclarant une mauvaise perception de leur état de santé général et des troubles mentaux. Notre étude confirme ainsi un état de santé mentale moins bon chez les personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans par rapport à celles n'ayant pas vécu ce type de violences. Chez les femmes, ces antécédents augmentent significativement le risque de troubles mentaux, comme les troubles anxieux et dépressifs ainsi que des conduites suicidaires. Cependant, les hommes ayant vécu des violences sexuelles sont cinq fois plus touchés par les tentatives de suicide au cours de la vie que ceux qui

⁽²⁾ Le terme cooccurrence réfère au fait d'avoir vécu plusieurs formes de violence (violence sexuelle, physique, psychologique).

n'en ont pas vécu. Il est reconnu que les violences sexuelles vécues dans l'enfance sont un facteur de risque important dans l'apparition de problèmes physiques et psychiques qui peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte et évoluer de manière à affecter le fonctionnement de l'individu^{5,6,16,27-30}. L'impact négatif de la maltraitance vécue pendant l'enfance, sur le bien-être psychologique, l'automutilation, l'estime de soi, la satisfaction de la vie, etc. a largement été démontré³¹. Par ailleurs, les résultats d'une enquête menée au Québec en 2012 ont montré des différences significatives entre le type de troubles psychiques dus à des abus sexuels et le genre : les hommes ont ainsi des prévalences plus importantes de troubles liés à la consommation de substances (alcool et drogues), que nous n'avons pas étudié dans notre étude, et les femmes des prévalences plus importantes de troubles intériorisés, comme la dépression et l'anxiété^{31,32}. Notons néanmoins que cela ne se limite pas aux victimes de violences sexuelles mais se retrouve également en population générale ou le mal-être s'exprime de façon genrée³³.

Conclusion

Les violences sexuelles envers les enfants, et plus largement la maltraitance, de par les conséquences sur le développement de l'enfant et tout au long de la vie, que ce soit sur la santé physique ou psychique, sont un véritable enjeu de santé publique. Il convient également de rappeler que les précédentes enquêtes françaises ont montré que les violences sexuelles touchaient tous les milieux sociaux^{11,18,20}.

Même si les modes de recueil ne sont pas homogènes en comparaison à d'autres enquêtes françaises ou internationales, l'intégration de questions sur les violences sexuelles et l'âge de leur survenue dans les enquêtes en population générale permet d'apporter et de confirmer certains éléments. À cet égard, la publication des résultats de l'enquête Virage devrait être riche en enseignements.

Le guide sur la prévention de la maltraitance des enfants de l'OMS en 2006 préconisait déjà : « *Pour renforcer la prévention de la maltraitance des enfants, il faut donc que la gravité du problème soit amplement comprise. Le moyen d'y parvenir repose sur la réalisation de bonnes études épidémiologiques qui indiquent où et comment la maltraitance a lieu, qui en mesurent les conséquences et les coûts et qui, sur la base de ces données, conçoivent, réalisent et évaluent des programmes de prévention axés sur les causes sous-jacentes et les facteurs de risque* »³⁴. Ainsi de nombreux efforts devront être déployés afin de faire progresser les connaissances sur l'ampleur et la nature des maltraitements ainsi que sur leurs cooccurrences. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde. Genève : OMS; 2014. 404 p. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/fr/
- [2] Hélie S, Clément ME. Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(26-27):519-24. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_2.html
- [3] Debauche A. Quelles sont les données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? *La Santé en action.* 2019;(448):13-5. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/article/quelles-donnees-sur-les-violences-sexuelles-en-france-et-quelle-lecture-en-faire>
- [4] Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009;29(4):328-38.
- [5] Baril K, Tourigny M. La violence sexuelle envers les enfants. In: Clément ME, Dufour S, editors. *La violence à l'égard des enfants en milieu familial.* Montréal: Éditions CEC; 2009. p.145-60.
- [6] Hébert M. Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. In: Hébert M, Cyr M, Tourigny M, editors. *L'agression sexuelle envers les enfants.* Tome 1. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2011. p 149-204.
- [7] World Health Organization & London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Preventing intimate partner and sexual violence against women. Taking action and generating evidence.* Genève: WHO; 2010. 94 p. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en/>
- [8] Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl.* 2010;34(11):813-22.
- [9] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Beck F, Cavalin C, Maillolochon F, editors. *Violences et santé en France : état des lieux.* Paris: Drees. La documentation française, Collection Études et statistiques; 2010. 274 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/violences-et-sante-en-france-etat-des-lieux>
- [10] Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C, Robert M, et al. *Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole.* Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 24 p. https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf___internet_recherche/26239/1856___PDF.txt
- [11] Debauche A, Lebugle A, Brown E, Lejbowicz T, Mazuy M, Charrault A, et al. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. Paris: Institut national d'études démographiques, Document de travail n°229; 2017. 65 p. https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences.sexuelles_enquete.virage_1.fr.pdf
- [12] Wilkinson R, Marmot M. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits.* (2^e éd.). Copenhague: Organisation mondiale de la santé (bureau pour l'Europe); 2004. 40 p. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf?ua=1
- [13] Léon C, Chan Chee C, du Roscoët E ; le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018; (32-33):637-44. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119666/file/152124_2018-32-33-1.pdf
- [14] Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983;67:361-70.

- [15] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun TB, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res.* 1998;7:171-85.
- [16] Flores J, Laforest J, Joubert K. La violence vécue par les Québécois avant l'âge de 16 ans et la santé à l'âge adulte : quels sont les liens ? Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Institut de la statistique du Québec. Zoom santé, Février 2016. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201602-56.pdf>
- [17] Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink IRA, Van Ijzendoorn H. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse R.* 2014;24:37-50.
- [18] Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 6 p.
- [19] Bajos N, Bozon M, équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population & Sociétés.* 2008;44:1-4.
- [20] Bajos N, Bozon M, Beltzer N. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte. 2008. 610 p.
- [21] Collin-Vézina D, Hébert M, Daigneault I. Coup d'œil sur les agressions sexuelles. Agressions sexuelles commises sur les enfants : un tour d'horizon des constats de la recherche. 2013.
- [22] Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Neglect.* 2013;(37):664-74.
- [23] Metzler M, Merrick MT, Klevens J, Ports KA, Ford DC. Adverse childhood experiences and life opportunities: shifting the narrative. *Children and Youth Services Review.* 2017;72:141-9.
- [24] Currie J, Widom CS. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreat.* 2010;15(2):111-20.
- [25] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 2009;373(9657):68-81.
- [26] Riopel G, Lavergne C, Clément ME, Damant D, Bourassa C, Lessard G, *et al.* Ces enfants doublement touchés par la maltraitance et la violence conjugale. *La revue internationale de l'éducation familiale.* 2011;1(29):37-61.
- [27] Hébert M, Cyr M, Tourigny M. L'agression sexuelle envers les enfants Tome 2. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2012. p. 1225-58.
- [28] Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, *et al.* Long-Term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med.* 2005;28(5):430-8.
- [29] Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Neglect.* 2008;32(6):607-19.
- [30] Chen LP, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Goranson EN, *et al.* Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(7):618-29.
- [31] Meng X, D'Arcy C. Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):401.
- [32] Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med.* 2016;46(4):717-30.
- [33] Cousteaux A, Pan Ké Shon JL. Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie.* 2008;49(1):53-92.
- [34] Organisation mondiale de la Santé et International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données. Genève: OMS; 2006. 97 p. <http://www.who.int/iris/handle/10665/43686>

Citer cet article

Gorza M, Léon C, Lasbeur L, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. État de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans – résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(26-27):540-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_5.html

MALTRAITANCE : RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNELS ET INFORMATIONS PRATIQUES*

// MALTREATMENT: RECOMMENDATIONS FOR HEALTH PROFESSIONALS AND PRACTICAL INFORMATION

* Article informatif rédigé à partir de : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir et <https://www.allo119.gouv.fr/>

Repérage et conduite à tenir pour les professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant

En juillet 2017, à la suite de l'actualisation de la recommandation de bonne pratique sur le syndrome du bébé secoué, la Haute Autorité de santé (HAS) a actualisé sa fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir ».

Cette fiche a pour objectifs d'aider les professionnels à repérer les signes de violence chez l'enfant et à les accompagner dans la conduite à tenir pour le protéger. Elle s'adresse aux médecins et à tous les professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant.

Elle concerne donc :

- les médecins libéraux généralistes, les pédiatres et les psychiatres ;
- les médecins et les puéricultrices de PMI ; les médecins et infirmières scolaires ;
- les médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des services d'urgences, de pédiatrie et de radiologie) ;
- les sages-femmes ;
- les médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance et des services médico-sociaux.

Elle met à la disposition des professionnels des informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant et dans la conduite à tenir pour protéger l'enfant (fiche mémo, arbre décisionnel pour aider au signalement de la maltraitance, modèles de signalement, modèle de certificat médical).

Cette fiche rappelle que la maltraitance chez l'enfant existe dans toutes les classes sociales. Elle est plus fréquente qu'on ne le croit. C'est pourquoi, lors des consultations, il faut y penser même devant des signes non spécifiques. Le professionnel de santé fonde sa suspicion de maltraitance sur un faisceau d'arguments. Il doit alerter l'autorité compétente en étant factuel dans son signalement. Et devant une situation de maltraitance, il est essentiel qu'il ne reste pas seul.

La fiche mémo comporte trois parties :

- le repérage de la maltraitance et les décisions qui lui font suite ;

- les documents élaborés par la HAS sur trois situations particulières : la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué et les maltraitements sexuelles intrafamiliales ;
- deux annexes : l'une sur les aspects législatifs et réglementaires ; la seconde sur le modèle de signalement établi par l'Ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et de la Famille et les associations de protection de l'enfance.

Enfants en danger ? Parents en difficulté ? Le mieux c'est d'en parler ! 119 Allô enfance en danger

Le 119 est le numéro national dédié à la prévention et à la protection des enfants en danger ou en risque de l'être ; 45 écouteurs, professionnels de l'enfance, se relaient pour répondre aux appels. Ce numéro est joignable tous les jours, même la nuit, de toute la France, y compris des départements d'Outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte), l'appel est gratuit depuis tous les téléphones : fixes, mobiles, cabines téléphoniques, et il n'apparaît pas sur les relevés de téléphone. La confidentialité des appels est respectée.

Tout le monde peut appeler le 119 :

- les enfants et adolescents, confrontés à une situation de risque et de danger, pour eux-mêmes ou pour un autre enfant qu'ils connaissent ;
- les adultes confrontés ou préoccupés par une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être : famille proche, famille élargie, voisins, communauté éducative...

Les problématiques de dangers gérées quotidiennement par les écouteurs du 119 sont multiples : violences subies par les enfants (violences psychologiques, physiques et sexuelles, négligence), notamment au sein de la famille ou en institution, exposition aux violences conjugales, fugues, jeux dangereux, racket ...

Le 119 doit être affiché dans tous les lieux recevant des mineurs (établissements scolaires, centres de loisirs, cabinets médicaux...)⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Vous pouvez commander gratuitement les affiches, plaquettes de présentation du service pour les professionnels et autocollants pour les plus jeunes sur le site : <https://www.allo119.gouv.fr/communication-documentation>

Il a deux missions (conférées par la loi du 10 juillet 1989, réformée par celle du 5 mars 2007) :

- accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situations, pour aider à leur dépistage et faciliter la protection de mineurs en danger ;
- si besoin, transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services départementaux compétents en la matière : les cellules de recueil des informations préoccupantes (CRIP).

Un professionnel est désigné dans chaque département par le Président du conseil départemental comme correspondant du 119. Après réception des informations, le responsable de la CRIP mobilise les services compétents à des fins d'évaluation des situations, selon le dispositif mis en place par le département⁽²⁾.

⁽²⁾ Organisation du dispositif de la protection de l'enfance. <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/affiche-sur-dispositif-protection-lenfance>

Une équipe pluridisciplinaire, composée d'au moins deux professionnels (travailleurs sociaux, médecins de PMI, puéricultrices, etc.), procède à l'évaluation des situations et des réponses à apporter.

L'évaluation de la situation permet de définir la nature de l'aide à apporter à la famille. Différents types de prestations peuvent être attribués après validation par les autorités départementales : aide financière, accompagnement en économie sociale et familiale, aide éducative à domicile, accueil provisoire... Cependant, le département peut saisir l'autorité judiciaire lorsque les services sont dans l'impossibilité d'évaluer la situation, en cas de non adhésion de la famille, lorsque les actions administratives ne suffisent pas ou en cas de danger grave et immédiat. ■

Citer cet article

Focus – Maltraitance : recommandations pour les professionnels et informations pratiques. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(26-27):549-50. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/26-27/2019_26-27_6.html