

La maltraitance des enfants n'est pas un phénomène marginal mais un réel problème de Santé Publique, sa fréquence ayant été récemment évaluée à 10 % en moyenne dans plusieurs pays à hauts revenus. En France, bien que le recueil en routine de données épidémiologiques ainsi que le signalement des cas repérés soient obligatoires, la fréquence reste méconnue. En l'absence de données de recherche, les calculs utilisant les chiffres disponibles proposent ainsi des taux de maltraitance de l'ordre de 1 pour 1 000. Il s'agit là d'une évidente sous-estimation, comme l'a montré une étude récente portant sur les infanticides [1]. Commencant précocement dans la vie, chronique, grave, et engageant souvent le pronostic vital, la maltraitance est dans la très grande majorité des cas le fait des parents. Selon plusieurs études de cohortes de naissances, elle est statistiquement liée à l'existence de nombreux problèmes à l'âge adulte : somatiques, psychologiques, cognitifs et d'insertion sociale. Elle traverse toutes les classes sociales et le principal facteur de risque est l'absence d'installation du lien d'attachement entre les parents et le bébé à la naissance, notamment en cas de prématurité. La recherche sur ce sujet doit impérativement être développée en France.



La maltraitance envers les enfants

Anne Tursz

Directeur de recherche Inserm, Cermes/Inserm U988, Site CNRS, 7, rue Guy-Môquet, 94807 Villejuif Cedex, France. tursz@vjf.cnrs.fr

Que sait-on actuellement en France de l'ampleur de la maltraitance envers les enfants, de ses facteurs de risque et de ses conséquences ? Bien peu de choses en réalité, au point qu'à ce jour il n'existe aucune possibilité de faire reposer des stratégies de prévention ou de prise en charge sur des données statistiques et épidémiologiques fiables. En effet, la littérature scientifique française est quasi inexistante et cette lacune rend le recours à la littérature anglophone

indispensable, alors même qu'on touche à un domaine où les facteurs culturels propres à chaque pays tels que le cadre législatif national ou les choix pédagogiques peuvent jouer un rôle non négligeable.

Plusieurs études anglophones récentes menées dans des « pays occidentaux à hauts revenus » et rassemblées en 2009 par le journal *Lancet* conduisent à une estimation de la fréquence moyenne de la maltraitance à 10 % des enfants [2].

LES DÉFINITIONS

En France, c'est la notion de « danger » et non celle de « maltraitance » qui fonde la protection judiciaire des mineurs prévue à l'article 375 du Code civil. Deux sous-catégories constituent celle des enfants en danger :

■ **les enfants en risque de maltraitance** : tout enfant connaissant des conditions d'existence qui mettent en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son

Septembre 2011

entretien, sans pour autant être maltraité ;

■ **Les enfants maltraités** : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violence psychologique, de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.

La définition du danger est voisine de la large définition de la maltraitance (*child abuse and neglect*) utilisée dans les études rapportées dans le *Lancet* : « tout acte commis directement ou par omission par un parent ou un autre gardien, qui a pour conséquence un dommage ou la potentialité d'un dommage ou la menace d'un dommage pour un enfant, ce dommage n'ayant pas besoin d'être intentionnel » [2].

LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA MALTRAITANCE

1. La fréquence

Les chiffres disponibles en France

Il s'agit essentiellement de données recueillies en routine, la recherche sur la fréquence des mauvais traitements ayant été très peu développée en France.

Ce recueil est obligatoire depuis la loi n°89-484 du 10 juillet 1989 qui a institué un dispositif départemental de signalement et confié au président du Conseil général la mise en place d'un « dispositif permettant de recueillir en permanence les informations relatives aux mineurs maltraités ». La loi de

mars 2007 réformant la protection de l'enfance a confirmé cette obligation mais se centre sur la notion de danger.

Les chiffres officiels proviennent de sources multiples : Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) pour les données de la police et la gendarmerie nationales, Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) jusqu'en 2006 pour les signalements auprès des Conseils généraux, Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) pour les données de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), SNATEM (Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée ; 119), Direction générale de l'enseignement scolaire (DESCO) du ministère de l'Éducation nationale (EN). Comme on peut le constater dans le *Tableau I* qui porte sur les données de 2002, l'année scolaire 2001-2002 étant la dernière pour laquelle on dispose de chiffres détaillés, ces chiffres ne se recoupent pas entre eux, y compris à l'intérieur d'une même institution [3]. Ainsi, à l'Éducation nationale, les données pour le second degré d'enseignement ne sont pas les mêmes selon que le signalement a été effectué par un médecin ou un(e) assistant(e) de service social. Et l'on n'a pas l'assurance que la majorité des cas sont communs entre les deux sources.

Les causes du non-recouplement sont multiples et l'on peut incriminer la variabilité des définitions (danger ou maltraitance...), des unités d'observation, des tranches d'âge et des zones géographiques couvertes. Enfin, certaines maltraitances ont des limites imprécises

et/ou sont d'accès difficile (les violences psychologiques, les négligences, les violences dans les classes sociales élevées...). Quant à la maltraitance institutionnelle, sa fréquence reste inconnue comme dans la plupart des pays.

De tous ces problèmes, il résulte tout à la fois des manques et des doubles comptages, ainsi que des tendances impossibles à suivre (observe-t-on des modifications dans le nombre de cas ou des changements de pratique, notamment dans les signalements ?). Les taux proposés apparaissent de fait d'une valeur discutable. Les enfants en danger représentent de 2,7 à 11,8 pour 1 000 (selon les départements) d'après une étude de l'ODAS en 2006 et 3 pour 1 000 selon l'Éducation nationale, entre 1999 et 2002. Les enfants maltraités représentent quant à eux 1 pour 1 000 toutes sources de données confondues. On est loin des 10 % affirmés par les articles du *Lancet*.

Toutefois, certains chiffres laissent entrevoir une gravité toute autre du problème. Ainsi, près de 2 % de la population générale des mineurs de moins de 18 ans est prise en charge par l'ASE selon l'ONED (rapport 2010). Et l'on ne sait comment interpréter, dans les statistiques policières, la multiplication par 2,4, entre 1996 et 2007, du chiffre des enfants de moins de 15 ans maltraités (6 038 cas en 1996 et 14 485 cas en 2007).

L'hypothèse d'une sous-estimation de la maltraitance dans les chiffres officiels peut donc légitimement être soulevée et elle a été testée dans le cadre d'une recherche portant sur un aspect particulier de la maltraitance : la mort par violence intentionnelle avant l'âge de 1 an (les infanticides).

La sous-estimation des infanticides

Il apparaît particulièrement justifié de s'intéresser aux infanticides, surreprésentés parmi l'ensemble des homicides. Ainsi, en 1993, dernière année où l'on dispose de statistiques spécifiques sur les infanticides, les données de la Police et la Gendarmerie nationales montraient qu'ils représentaient 3,8 % de l'ensemble des homicides alors que les enfants de moins de 1 an ne constituaient que 1,2 % de la population. Par ailleurs à cet âge, les statistiques de mortalité semblent d'une fiabilité douteuse et de nombreux articles internationaux soulèvent depuis des dizaines d'années le problème de probables confusions, lors de

Tableau I. Enfants en danger et maltraités : nombre de cas recensés selon les sources d'information en 2002 (2001-2002 pour les données de l'Éducation nationale).

Sources d'information	Enfants en danger	Enfants maltraités
	Nombre	Nombre
Éducation nationale		
Médecins	44 980	16 103
Enseignement du 1 ^{er} degré (maternelle-CM2)	16 024	8 340
Enseignement du 2 nd degré (collège, lycée)	28 956	7 763
Assistants(es) de service social (2nd degré)	14 947	6 942
SNATEM*		31 913
ODAS**	86 000	18 500
Police et gendarmerie nationales		27 109***

*Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée. **Observatoire de l'action sociale décentralisée.

***Soit 10 064 « mauvais traitements et abandons » + 17 045 violences sexuelles sur mineurs.

la certification des décès, entre homicides, accidents, mort subite du nourrisson (MSN) et morts « de cause inconnue ».

L'étude de l'Inserm sur les morts de nourrissons de moins de 1 an [4] est une enquête rétrospective, menée sur une période de 5 ans (1996-2000), auprès des services hospitaliers accueillant des enfants décédés et des tribunaux de trois régions françaises (Bretagne, Île-de-France, Nord-Pas de Calais). Le recouplement des données de ces deux sources avec celles du CépiDc/Inserm¹ a été opéré avec l'accord de la CNIL².

L'analyse a montré qu'un tiers des morts accidentelles et un quart des morts « de cause inconnue » telles que codées au CépiDc sont en fait des homicides [1]. La MSN est un diagnostic fourre-tout, posé souvent sans les investigations appropriées. Il existe donc bien une sous-estimation importante des infanticides en France. En effet, pendant la période concernée par l'étude, selon les statistiques officielles de mortalité, il y a eu 17 cas d'infanticides par an en moyenne au niveau national. Une correction à partir des résultats de l'enquête hospitalière conduit à estimer ce chiffre plus probablement à 255 cas par an en moyenne. Autre cause de sous-estimation de cette maltraitance : certaines négligences graves et des cas de syndrome du bébé secoué (SBS) sont parfois considérés par la justice comme des accidents. Enfin, il existe un nombre inévaluable de cas d'enfants décédés à domicile, vus par des médecins de famille et qui ne font pas l'objet d'un transfert en milieu pédiatrique pour investigations. Et que dire des cas jamais connus de la médecine ni de la justice (des néonaticides³ principalement) ?

2. Les caractéristiques des lésions

Sans entrer dans les détails cliniques, décrits par ailleurs [5], indiquons ici les principaux signes qui doivent entraîner une suspicion de maltraitance chez un très jeune enfant :

■ L'ecchymose chez le nourrisson qui ne se déplace pas encore ; toute fracture sur-

venue avant la marche ; une cassure inexplicable de la courbe de poids ; la coexistence de lésions d'âges différents et de natures différentes ; un abattement, un repli sur soi ou, au contraire, une agitation avec agressivité.

■ Une incohérence entre la nature des lésions, l'âge de l'enfant, son niveau de développement et le mécanisme invoqué des lésions.

Les caractéristiques des lésions de maltraitance physique ont été décrites, de façon très pertinente et complète, dès 1860 par Ambroise Tardieu [6]. Titulaire de la chaire de Médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, il n'a pas réussi à alerter la communauté médicale. La même description a été faite, cent ans plus tard, dans l'article considéré comme fondateur du champ des connaissances sur la maltraitance, *The battered-child syndrome*, par Henry Kempe et al. [7]. Cet article a eu un retentissement considérable mais, un an avant sa mort, observant ses internes, Kempe estimait que la maltraitance faisait l'objet d'un véritable déni « *par ces jeunes et bons médecins qui ne pouvaient tout simplement pas concevoir la réalité des faits de la vie* ». Le problème du déni perdure dans tous les pays et explique en grande partie la sous-estimation précédemment évoquée. Celle-ci apparaît en effet liée au sous-diagnostic par non-reconnaissance du problème et/ou sous-investigation, puis au non-signalement (pourtant imposé par la loi). Y contribuent aussi la faible implication des professionnels de santé dans les systèmes de recueil en routine, les problèmes de formation des médecins (insuffisante en ce qui concerne le développement normal et pathologique du nourrisson dans le cas des généralistes) et la carence en expertise médico-légale pédiatrique.

3. L'évolution de la maltraitance

Précocité, gravité, chronicité sont les grandes caractéristiques de la maltraitance. De toutes les données, il ressort que le très jeune enfant est tout particulièrement vulnérable aux violences physiques. Dans l'enquête de l'Inserm sur les morts de nourrissons [3], plus de la moitié des victimes de mort violente avaient moins de 4 mois.

Dans cette même étude, on a relevé que

54 % des enfants décédés de SBS étaient maltraités chroniquement ; sur 70 enfants non-unique, 11 avaient des frères et sœurs victimes de maltraitance, négligence grave et/ou étaient suivis par les services sociaux ; 6 avaient des frères ou sœurs décédés de mort violente.

Dans la littérature internationale, les données issues de cohortes de naissances⁴ montrent bien les liens statistiques existants entre la maltraitance subie dans l'enfance et les problèmes somatiques, psychologiques (dépression, suicides, comportements anti-sociaux, addictions...), cognitifs et d'insertion sociale à l'âge adulte. Lorsque les enfants maltraités font l'objet d'une prise en charge par les services de la Protection de l'enfance, le succès ou l'échec des placements sont conditionnés par un réseau de facteurs parmi lesquels la gravité des traumatismes initiaux vient s'intriquer avec les caractéristiques de la prise en charge. L'accès à l'autonomie à l'âge adulte a le plus de chances d'être obtenue si le placement est continu et de longue durée, inclut la fratrie et permet la création de nouveaux liens d'attachement et d'identification [5].

LES FACTEURS DE RISQUE

La littérature scientifique internationale comme les données statistiques de l'ASE l'attestent : les auteurs des violences exercées sur les enfants sont quasi exclusivement les parents (sauf en cas de maltraitance sexuelle où l'agresseur peut être extérieur à la famille). En France, il existe très peu d'études valables scientifiquement, qu'il s'agisse d'études cas-témoins⁵ ou d'études en population générale permettant une comparaison des victimes et des auteurs de mauvais traitements à la population dont ils sont issus. En revanche, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et les Pays scandinaves se sont dotés de cohortes de naissances, outils de recherche prospectifs sur lesquels on

4. Une étude de cohorte concerne un groupe de sujets partageant ensemble un certain nombre de caractéristiques, suivis longitudinalement, à l'échelle individuelle. Elle repose sur la collecte d'informations concernant des caractéristiques et des expositions des sujets suivis qui sont recueillies avant le moment d'apparition des effets analysés, susceptibles de modifier le risque de survenue de phénomènes de santé divers. Une cohorte de naissance suit des enfants à partir de leur naissance.

5. Un groupe de personnes atteintes d'une maladie (cas) est comparé à un groupe de sujets qui n'ont pas la maladie étudiée (témoins). Le but est la recherche d'un ou des facteurs d'exposition antérieurs à la maladie susceptibles de pouvoir l'expliquer.

1. CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Il s'agit du service de l'Inserm qui assure l'établissement des statistiques nationales de mortalité.

2. Commission Nationale Informatique et Libertés.

3. Néonaticide : homicide perpétré sur un enfant au cours des 24 premières heures de la vie.

■ **Directeur de la publication :** Alfred Spira. ■ **Rédacteur en chef :** Nathalie de Parseval. **Questions de santé publique** est une publication de l'Institut de Recherche en Santé Publique. ■ **Éditeur :** Éditions EDK, 2, rue Troyon, 92316 Sèvres Cedex. Tél. : 01 55 64 13 93. E-mail : edk@edk.fr. ■ **Création/maquette/infographie :** Isabelle Benoit. Dépôt légal : à parution – ISSN : 1967-5615

N°14 – Septembre 2011

a greffé des études cas-témoins sur les facteurs de risque de maltraitance.

On l'a vu, le jeune âge de l'enfant est un facteur de risque majeur. La répartition par sexe varie selon les études, notamment en fonction des types de mauvais traitements, les filles semblant majoritaires lorsqu'il s'agit de violences sexuelles. En revanche, il existe dans tous les pays une surreprésentation nette du sexe masculin dans les cas mortels, dans ceux de SBS (légal ou non) et ceux de traumatismes crâniens intentionnels en général.

La prématurité apparaît comme un des principaux facteurs de risque de maltraitance. Compte tenu des nombreux facteurs, notamment maternels et socio-économiques, qui peuvent être impliqués dans la genèse de la prématurité, l'étude la plus intéressante est sans doute celle réalisée par Spencer [8], à partir d'une cohorte anglaise de naissances, qui montre que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une probabilité élevée, pour l'enfant, d'être pris en charge par les services de protection de l'enfance, pour tous les types de maltraitance et, surtout, que cette association statistique reste indépendante de l'âge de la mère et de son niveau socio-économique. Cette même étude a pu démontrer que le handicap en lui-même était un facteur de risque de maltraitance, et plus particulièrement le handicap intellectuel (parfois séquelle d'une grande prématurité).

En ce qui concerne les caractéristiques familiales, ce sont les facteurs socio-économiques qui sont le plus mis en avant dans la plupart des écrits, scientifiques ou de large vulgarisation, avec un niveau de preuve des plus variables. Or, l'enquête de l'Inserm [4] a pu montrer que les catégories socioprofessionnelles des parents auteurs d'infanticides ne différaient pas de celles de la population générale. C'est pour le SBS qu'existe la littérature la plus affirmative quant à l'absence de rôle des facteurs socio-économiques.

De fait, et en cohérence avec les résultats des expertises psychiatriques réalisées pour les cas de l'étude de l'Inserm, il paraît clair que les facteurs psycho-affectifs prennent sur les facteurs socio-économiques. Ainsi, c'est principalement par le biais de la séparation néonatale (par hospitalisation) que la prématurité peut être un facteur de risque de mauvais traitements, en ce qu'elle entrave l'indispensable attachement entre le nouveau-né et ses parents.

Les carences affectives et/ou la violence subie dans l'enfance [9], l'immaturité, l'isolement moral, la dépression, l'intolérance, le sentiment d'être inapproprié sont autant de caractéristiques identifiées de longue date chez les parents maltraitants. Il n'est pas exagéré de dire qu'un enfant peu gratifiant pour le narcissisme parental est un candidat rêvé à de mauvais traitements de la part de parents fragiles, quel que soit le « manque » présenté

par l'enfant aux yeux des parents : prématurité, handicap intellectuel, troubles du comportement.

CONCLUSION

On le voit, les besoins en recherche sont immenses, tant pour mesurer la fréquence d'un problème d'une grande gravité que pour identifier les familles vulnérables et à risque de devenir maltraitantes. C'est à la fois sur le développement de recherches nouvelles (grâce à la cohorte de naissance « elfe » en France par exemple) et sur une meilleure reconnaissance sociale, médicale et judiciaire que reposeront des stratégies de prévention qui restent à développer.

RÉFÉRENCES

- [1] Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P, Cook J. Underascertainment of child abuse fatalities in France: retrospective analysis of judicial data to assess underreporting of infant homicides in mortality statistics. *Child Abuse and Neglect* 2010; 34: 534-44.
- [2] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Child maltreatment I. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68-81.
- [3] Tursz A, Gerbouin-Rérolle P. *Enfants maltraités. Les chiffres et leurs bases juridiques en France*. Paris: Lavoisier, 2008.
- [4] Tursz A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris: Seuil, 2010.
- [5] Maltraitance à la petite enfance. Dossier du mois. *La Revue du Praticien* 2011; 61: 651-66.
- [6] Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Annales d'Hygiène publique et de Médecine Légale* 1860; 13: 361-98.
- [7] Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17-24.
- [8] Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, foetal growth, and preterm birth: a population based study. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 337-40.
- [9] Miller A. *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Paris: Aubier, 1984 (réédition 2008, 320 p.).

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 23 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Alfred Spira, médecin, épidémiologiste, professeur de Santé Publique et d'épidémiologie.

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé
- Politiques publiques et santé

■ Interaction entre les déterminants de la santé

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimes-

tre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, AFSSAPS, ANSES, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Site internet : www.iresp.net

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net