

Éditorial

La maltraitance des enfants en France

Prendre enfin la mesure de son poids individuel et sociétal

Anne Tursz



► Pour le grand public et les hommes et femmes politiques, comme pour un nombre non négligeable de professionnels, dont le rôle est de veiller sur le développement harmonieux des enfants (médecins, sages-femmes, enseignants, etc.), les mauvais traitements envers ceux-ci se résument à ces terribles faits divers régulièrement rapportés par les médias. Par leur horreur même, ils plongent les lecteurs, auditeurs et téléspectateurs, dans un monde presque déconnecté du réel et dédouanent plus ou moins les familles, qui appliquent à leurs enfants une pédagogie brutale, mais « ne font tout de même pas ça ! ». Ils sont l'arbre qui cache la forêt et cette approche par la juxtaposition d'événements isolés contribue au déni d'un ample problème sociétal et de santé publique, qui touche toutes les classes sociales.

Pour mesurer l'amplitude de ce problème, on ne dispose pas, en France, de chiffres officiels véritablement fiables. Les plus récents ne se recoupent pas entre eux et sont tous sûrement sous-estimés, si on en juge par des taux de 3/1 000 à 2/100 d'enfants maltraités ou négligés, selon les départements, peu réalistes par comparaison avec le taux moyen de 10 % d'enfants maltraités dans la population générale, rapporté en 2009 par la revue médicale britannique *Lancet* [1] et obtenu par la synthèse d'études menées dans des pays à « haut niveau de revenus ». Dans le cas de la maltraitance mortelle, on a des preuves scientifiques argumentées de sa sous-estimation, particulièrement en ce qui concerne les infanticides de nourrissons de moins de 1 an, grâce à la recherche menée par l'unité 750 de l'Inserm¹ « Génétique médicale et développement », qui a permis de comparer, au niveau national et pour la période 1996-2000, le nombre moyen par an d'infanticides officiellement recensés, soit 17 cas, et celui identifié par la recherche, 255 cas, soit 15 fois plus [2].

Le problème de mesure de la fréquence est d'autant plus aigu que la définition même de la maltraitance n'est ni claire, ni consensuelle au niveau international. La définir comme une addition de violences (physiques, sexuelles, psychologiques) rend mal compte d'un phénomène qui entraîne à long terme une véritable destruction des victimes [3]. De fait, la littérature scientifique anglophone rapporte les résultats de nombreuses études prospectives (menées à partir de cohortes de naissances), montrant que les adultes maltraités dans leur enfance ont, significativement plus que des sujets témoins, de sérieux problèmes de santé somatique

et mentale (dépression, addictions, délinquance, tentatives de suicide, notamment). Il est aussi reconnu que des maltraitements sans atteinte physique peuvent être très délétères, notamment les carences affectives majeures. La problématique doit donc être abordée à travers ce que la maltraitance a nié : les besoins fondamentaux des jeunes enfants. Se référant à la Convention internationale des Droits de l'Enfant², la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance a choisi cette approche et a introduit la notion de danger, ouvrant ainsi la voie à la prévention.

Parmi les acteurs potentiels du chiffrage de la maltraitance, de son repérage et de sa prévention, les médecins devraient jouer un rôle central. En effet, si l'école accueille tous les enfants à partir de l'âge de 3 ans, avant cet âge, hors du cercle familial et des amis, seuls les médecins sont amenés à voir ceux-ci dès la naissance, dans le cadre de consultations systématiques et d'examen obligatoires. Par ailleurs, tous les enfants maltraités passent un jour ou l'autre par le système de santé (notamment le cabinet du généraliste ou du pédiatre et les urgences hospitalières) ou peuvent être repérés dans le cadre de consultations de prévention (protection maternelle et infantile [PMI], Santé scolaire). Pourtant, selon l'Ordre des médecins, seulement 5 % des signalements émanent des médecins, qui témoignent d'une véritable répugnance à voir, diagnostiquer, puis signaler les mauvais traitements, particulièrement dans les classes aisées [4].

Ces dernières années, des efforts ont donc été réalisés pour sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé à la problématique de la maltraitance, notamment par l'élaboration, en 2014, de recommandations de la Haute autorité de santé en matière de repérage [5] et, plus récemment, par la mise en place, le 1^{er} mars 2017, d'un « Plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants ». L'Axe 3 du Plan « Former pour mieux repérer » s'adresse largement aux professionnels de santé, avec une mesure phare : la mise en place dans tous les hôpitaux de médecins référents sur les violences faites aux enfants et un objectif de formation au repérage (signes évocateurs de maltraitance) et au signalement (procédures optimales de

¹ Au moment de la recherche évoquée ci-dessus, l'U 750 de l'Inserm était constitutive, avec l'UMR CNRS 8169, l'EHESS et l'université Paris XI, du CERMES (Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société). L'U 750 est actuellement l'U 988.

² La Convention internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), ou Convention relative aux Droits de l'Enfant, est un traité international adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989.

signalement et de transmission d'informations préoccupantes). La place dévolue à la prévention primaire est modeste dans ce plan, même si l'Axe 2 « Sensibiliser et prévenir » comporte des actions d'information sur le rôle des pleurs du bébé dans la survenue du SBS (syndrome du bébé secoué) et de soutien à la parentalité.

La dimension de prévention de la survenue de la maltraitance elle-même était plus développée dans la loi de 2007, à travers la pratique de l'« Entretien prénatal précoce », inscrit dans le Plan périnatalité [6] et destiné à repérer les familles vulnérables et à favoriser l'attachement précoce entre les parents et leur bébé [7]. Le relatif échec de cette politique justifie que des études épidémiologiques soient entreprises, non seulement sur la fréquence (et, en la matière, on manque cruellement d'un outil statistique national et donc de données de base fiables), mais aussi sur les facteurs de risque. Sur ce dernier sujet, des études pluridisciplinaires sont nécessaires et des équipes comportant, non seulement des cliniciens et des épidémiologistes, mais aussi des psychologues, sociologues et économistes, pourraient aborder ces thèmes prioritaires de recherche que sont l'évaluation de la prévention et les conséquences à long terme des mauvais traitements. Ce champ de recherche est quasi inexistant et demande à être revivifié, voire, dans certains cas, créé de toutes pièces.

Encore faudrait-il qu'il y ait un soutien politique fort, ce qui est bien rare lorsque les personnes en cause sont des enfants ! Le ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes vient de disparaître, laissant dans l'inquiétude tous ceux qui savent que les sociétés se construisent durant la petite enfance. En fait, tant de ministères sont concernés par l'enfance (la Santé, la Recherche, l'Éducation nationale, etc.) que j'ai toujours appelé de mes vœux un Comité interministériel à l'Enfance dont j'espère qu'il va enfin voir le jour. ♦

Child abuse and neglect in France
Finally recognize its individual and societal impact

LIENS D'INTÉRÊT

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.



A. Tursz

Pédiatre, épidémiologiste

Directeur de recherche émérite à l'Inserm

Centre de recherche, médecine, sciences, santé,

santé mentale, société - Cermes3

UMR CNRS 8211 - Unité Inserm 988 - EHES -

université Paris Descartes

7, rue Guy Môquet, BP 8,

94801 Villejuif Cedex, France.

tursz@vjf.cnrs.fr

RÉFÉRENCES

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009 ; 373 : 68-8.
2. Tursz A. *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil, 2010 : 420 p.
3. Miller A. *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Paris : Aubier, 1984 (réédition 2008 : 320 p).
4. Krugman RD, Leventhal JM. Confronting child abuse and neglect and overcoming gaze aversion: the unmet challenge of centuries of medical practice. *Child Abuse Negl* 2005 ; 29 : 307-9.
5. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
6. Ministère de la Santé. *Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paris, 2004 : 42 p.
7. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>
8. Bowlby J. *Attachement et perte*. T. I : *L'attachement*. T. II : *Séparation, angoisse et colère*. T. III : *La perte, tristesse et séparation*. London : Hogarth, 1969. Traduction française, Paris : PUF, 1978-1984.

TIRÉS À PART

A. Tursz

Bon de commande

À retourner à EDK, 109, avenue Aristide Briand - 92541 Montrouge Cedex
 Tél. : 01 41 17 74 05 - Fax : 01 49 85 03 45 - E-mail : francois.flori@edpsciences.org

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Fonction :

Je souhaite recevoir l'ouvrage **Cancers de l'hypopharynx - Carcinomes épidermoïdes de la pyramide nasale** :
 35 € + 3 € de port = **38 € TTC**

en exemplaire, soit un total de €

Par chèque, à l'ordre de **EDK**

Par carte bancaire : Visa Eurocard/Mastercard

Carte n° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Signature :

Date d'expiration : | | | | | | | |

N° de contrôle au dos de la carte : | | | | | |

