

Travaux préparatoires à l'élaboration
du Plan Violence et Santé
en application de la loi relative
à la politique de santé publique du 9 août 2004

Commission
« Périnatalité, enfants et adolescents »

Docteur François BAUDIER
Mars 2005



Avant-propos

Définition et délimitation du champ de réflexion

1. Un champ très large
2. La violence physique : importance et limite
3. Un être en développement dans son environnement social
4. La position de l'éducateur (parent, enseignant...) et l'intentionnalité
5. La position du témoin de la violence
6. Vers une définition plus opérationnelle
7. Proposition de définition à partir de ces constats
8. Bibliographie

Constats et recommandations

1. Périnatalité

• **Bibliographie Périnatalité**

- 7 recommandations prioritaires pour la périnatalité
- Promouvoir l'étude longitudinale, selon la méthodologie des cohortes, des facteurs périnataux de risque de maltraitance précoce et/ou de comportements violents de l'enfant, et de la survenue de ces événements, en constituant les populations d'étude au moment de la grossesse.
- Faire un état des lieux des actions françaises de prévention précoce des phénomènes de violence et favoriser la mise en place de celles utilisant des méthodes validées.
- Informer le grand public sur les différentes possibilités de soutien à la parentalité afin de mieux prévenir les problèmes de violence touchant la période périnatale.
- Définir le contenu de l'entretien du 4^{ème} mois.
- Augmenter le nombre de psychologues en maternité.
- Développer des structures d'accueil de jour et d'hébergement pour les femmes enceintes et/ou avec jeunes enfants, en situation de grande précarité.
- Soutenir la mise en place des réseaux de périnatalité médico-psycho-sociaux, comportant un volet ville-hôpital, avec un renforcement des liens entre les centres périnataux, les inter-secteurs de pédo-psychiatrie, les secteurs de psychiatrie d'adultes, la PMI, les modes de garde des jeunes enfants et le tissu associatif. Clarifier le financement et les missions de ces réseaux ainsi que les modalités de leur évaluation.

2. Enfance

- **Maltraitance**
- **Bibliographie**
- **Violence en milieu scolaire**
- **Bibliographie**
- **Violence et sport**
- **Bibliographie**
- **Bibliographie sélective générale**

14 recommandations prioritaires pour l'enfance

Maltraitance

- Elles découlent, d'une part, du constat de dysfonctionnements loco-régionaux, et d'autre part, d'initiatives qui apportent des résultats satisfaisants :
- 1. Favoriser des études épidémiologiques des formes graves de maltraitance non signalées et des recherches multicentriques des pathologies traceuses (type hématomes sous-duraux)
- 2. Réduire rapidement les disparités départementales en harmonisant les systèmes en place sur l'ensemble du territoire national.
- 3. Réaffirmer auprès des institutions et organismes (dont les collectivités territoriales départementales) l'obligation légale d'appliquer les textes réglementaires relatifs à la maltraitance des mineurs.
- 4 Stimuler l'interdisciplinarité à partir de guides de bonnes conduites à définir en commun (conférence de consensus) et de formations communes pour différentes catégories de personnels aptes à effectuer correctement un signalement - y compris en milieu socialement favorisé -, (notamment à repérer les enfants secoués, les victimes d'abus sexuels) et à les prendre en charge.
- 5. Faire effectuer par un "tiers neutre" l'évaluation des dispositifs régionaux, départementaux et locaux (pôles régionaux, cellules départementales...) de prise en charge de la maltraitance des mineurs et des actions de prévention s'y rapportant.
- 6. Apporter un soutien à la parentalité à travers notamment des structures passerelles, des centres d'appels et de soutien aux parents agressifs, des programmes précoces favorisant la socialisation des enfants, en particulier la gestion progressive des conflits interindividuels à partir du développement de compétences psycho sociales.

Violence scolaire

- 7. Optimiser le recueil administratif des actes de violence par un croisement avec les résultats d'évaluations externes ponctuelles et périodiques.
- 8. Etudier auprès des enfants repérés comme agressifs le retentissement psychologique et comportemental de décisions d'orientation telles que redoublement, orientation en classes spécialisées, changement d'école...
- 9. Mettre en oeuvre une méta analyse des stratégies et outils initiés par les établissements scolaires pour prévenir et gérer la violence à l'école (démarches internes à l'établissement et démarches partenariales communautaires).
- 10. Favoriser la mise en place effective des processus qui font la preuve de leur efficacité, notamment le développement des compétences sociales.
- 11. Rendre obligatoire en formation initiale des enseignants, la connaissance des processus et facteurs de risque de violences ainsi que la gestion des conflits.

Violence et sport

- 12. Favoriser l'étude des processus et de l'impact des violences psychologiques (pression de l'entourage familial, sportif et médiatique) sur les traumatismes du jeune sportif.
- 13. Etudier les risques d'Entraînement sportif intense (ESI) en fonction de l'âge et favoriser le repérage de l'ESI « dissimulé ».
- 14. Evaluer et diffuser auprès de l'ensemble des personnes concernées les référentiels de bonnes pratiques sportives existants.

3. Adolescence

- **Etudes et recherches**
- **Expériences et programmes**
- **Organisation**
- **Bibliographie**

9 recommandations prioritaires pour les adolescents

- **Etudes et recherches**
- Sur le thème des adolescents violents et des facteurs de vulnérabilité, développer des travaux transversaux avec une mise en commun des données entre institutions qui traitent d'un même public.
- Pour les adolescents victimes de violence, développer des études sur les jeunes en situation de handicap ou de maladie mentale (faire le lien avec les groupes « dépendance » et « santé mentale »).
- Concernant les adolescents victimes d'une exigence trop élevée de performance, mettre en place des recherches sur leur situation sanitaire : sportifs de haut niveau, élèves des classes préparatoires mais aussi étudiants de faculté en échec ou jeunes en insertion.
- **Programmes d'intervention**
- Pour assurer une meilleure continuité sur la durée des programmes d'intervention, établir des conventions entre partenaires et mettre en place un comité de pilotage afin d'assurer un rôle d'articulation et veiller à accompagner les différentes actions dans la durée dans le but d'éviter les initiatives ponctuelles et incohérentes.
- Dans le contexte d'exigence de performance, mettre en place des actions sur la consommation de médicaments et de produits licites ou illicites.
- Privilégier le jeu gratuit et former les encadrants et les parents dans ce sens.

Organisation

- Renforcer la cohérence et la qualité des liens dans la pratique de réseau, en raison du rapport direct entre cette capacité d'organisation et l'efficacité de la prise en charge des adolescents violents.
- Faire des campagnes locales d'information, de sensibilisation en direction des adolescents qu'ils soient témoins ou confidents, en donnant des informations précises et lisibles sur les lieux, les compétences et les services rendus.
- Mettre en place des comités d'éthique de proximité pour les éducateurs et les adolescents témoins, confidents ou victimes de violence.

Synthèse et conclusion

ANNEXES

Annexe 1 : Participants à la commission « violence et santé » : périnatalité, enfance, adolescence et jeune

Annexe 2 : B. Lamboy – Diaporama « Programmes de prévention validés – Etat des connaissances », INPES – Novembre 2004.

Annexe 3 : P. Bouvier – Commission d'éthique de l'office de la jeunesse ; Genève, Suisse

Annexe 4 : A. Tursz, P. Gerbouin-Rerolle, M. Crost – Texte « Les traumatismes intentionnels dans l'enfance : magnitude du problème, déterminants, propositions d'actions » INSERM U 502/CERMES (avril 2003).

Annexe 5 : A. Tursz – Texte « La maltraitance dans l'enfance : peut-on mesurer la magnitude du problème en France ? À partir de quelles données épidémiologiques ? » INSERM U 502/CERMES.

Avant-propos

Ce document a été élaboré par François Baudier et Christine Casagrande (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Franche-Comté), en lien étroit avec Anne Tursz et le concours très actif et si précieux : de Véronique Mallet et Chantal Froger (Direction Générale de la Santé), de Claude Lejeune (périnatalité), Jacques Fortin (enfance) et Patrice Huerre (adolescence).

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont apporté leur contribution très enrichissante à la rédaction de ce rapport, en particulier les participants au séminaire de Besançon (voir Annexe 1) et tout particulièrement Richard Tremblay et Emmanuel Forichon. Merci aussi à Delphine Javaux, Michèle L'Heveder et Solène Boichat pour l'organisation de cette rencontre.

Chacune des trois grandes parties (périnatalité, enfance, adolescence) est présentée suivant un plan différent. Cette structuration propre à chaque groupe est la résultante de la dynamique impulsée par les trois chefs de file et la spécificité des thèmes abordés.

• Une méthodologie d'élaboration en 4 temps pour 30 recommandations prioritaires

• 1^{er} temps

Un travail, mené par la Commission « Violence, enfants, adolescents et jeunes », sur la définition de la violence et les grandes orientations à retenir.

• 2^e temps

La préparation d'un séminaire avec :

- la définition des thématiques et la désignation des trois chefs de file : périnatalité (Claude Lejeune, pédiatre, service pédiatrique de néonatalogie, Colombes), enfance (Jacques Fortin, professeur de santé publique, pédiatre, service d'épidémiologie et de santé publique, Lille) et adolescence (Patrice Huerre, psychiatre, spécialiste de l'adolescence, directeur du Centre Georges Heuyer, Paris),
- l'identification des intervenants et des participants.

• 3^e temps

Le déroulement du séminaire pendant deux jours et demi à Besançon, avec la présence de 60 personnes et la participation de l'OMS Genève (David Meddings, Département de prévention des traumatismes et de la violence) :

- un tiers de chercheurs universitaires, un tiers de décideurs (nationaux, régionaux, locaux), un tiers d'acteurs de terrain,
- 85% de nationaux, 10% de régionaux, 5% d'internationaux.

• 4^e temps

Il a été consacré à la rédaction :

- d'une première version rédigée à partir des notes prises pendant les ateliers, des diaporamas de synthèse et des discussions,
- d'une deuxième version après une relecture par les trois chefs de file,
- d'une troisième version après la circulation du manuscrit auprès de tous les participants.

- **Intérêt et limite de « l'exercice »**

Trente recommandations prioritaires ont été dégagées en concertation avec les trois chefs de file. Elles ne représentent pas des propositions élaborées à l'issue d'un processus de consensus classique ou d'un référentiel s'appuyant sur une méta-analyse avec des niveaux de preuve scientifiquement validés.

Le travail réalisé dans le cadre de ce rapport n'est donc pas :

- une expertise collective de type INSERM,
- une conférence de consensus de type ANAES.

Cependant, ce travail repose sur la contribution des experts présents et/ou sollicités qui ont fixé des priorités à partir de leur connaissance de la littérature nationale et internationale et de leur expérience professionnelle.

Il y a des manques dans les champs couverts en raison de l'absence :

- de recherche bibliographique systématique et exhaustive,
- d'experts sur l'ensemble des thématiques concernées.

Par ailleurs, ce document a été élaboré à partir des contributions de l'ensemble des participants et experts consultés. Il ne reflète pas la position personnelle de chacune de ces personnes, ni des institutions qu'elles représentaient.

Ne pas s'enfermer dans une bataille de chiffres

Concernant les données chiffrées, il est intéressant de constater qu'à aucun moment, les personnes ayant participé à ce processus de réflexion et d'élaboration autour de ce rapport, n'ont mis en avant la dimension spectaculaire de la violence autour de chiffres « accrocheurs » ou d'évolutions « catastrophiques ». Une des hypothèses pour expliquer ce constat, est que la préoccupation majeure des gens qui agissent dans ce champ, n'est pas prioritairement une évaluation quantitative des actes de violence, mais plutôt une approche qualitative à caractère analytique. De ce point de vue, les indicateurs disponibles et les recherches existantes font souvent défaut (comme en témoignent certaines recommandations du présent rapport). Par ailleurs, beaucoup des données chiffrées émanent souvent d'organismes liés directement aux pouvoirs publics. Or, il y a dans l'appréciation du phénomène « violence », une forte dimension idéologique, politique, médiatique, une perception souvent subjective, et variant suivant des contextes sociétaux très changeants (voir par exemple les titres récents de la presse à propos du rapport de l'Observatoire national de la délinquance : « *Violence des mineurs : une croissance majeure* » ; Libération du 10 février 2005) (1).

La non application des lois est une violence supplémentaire faite aux plus faibles

Il existe des lois, des textes, des règlements, des circulaires, des plans qui sont remarquables et correspondent pour beaucoup aux recommandations de ce rapport. Le problème majeur est parfois la non application de ces décisions. De ce point de vue, elle pénalise essentiellement les plus faibles, les plus fragiles, les plus exposés à la violence et correspond donc à une véritable violence institutionnelle de la part de ceux qui sont en charge de faire respecter la loi et qui n'assurent pas toujours le suivi de son application.

Les lois de décentralisation ont transformé de manière profonde les responsabilités dans le domaine de la protection de l'enfance, donnant aux collectivités territoriales un rôle majeur. L'application très diversifiée sur le territoire français de ces textes a entraîné une situation contrastée qui nuit à une prise en charge efficiente de ce problème. Ces transferts de compétences de l'Etat vers les collectivités locales, auraient nécessité de la part de celui-ci un travail de suivi qui n'a pas toujours été fait.

Il importe donc que l'Etat veille davantage à la bonne application de ces textes.

- **Plusieurs constats pour avancer**

- **Agir le plus tôt possible**

La littérature internationale et les expériences conduites en France confirment que les programmes les plus efficaces sont ceux qui interviennent le plus tôt possible (périnatalité, petite enfance). Il est donc nécessaire de privilégier ces populations dans les années à venir (d'où l'importance du plan périnatalité).

- **Eviter les propos convenus sur l'évaluation**

Concernant l'évaluation, il ne faut pas exiger des autres (par exemple les acteurs de terrain) ce que l'on n'est pas toujours en mesure d'appliquer soi-même (par exemple les pouvoirs publics et/ou les financeurs). En effet, cette insuffisance de l'évaluation est malheureusement présente à tous les niveaux : national, régional et local. Il est donc nécessaire de réaliser une véritable révolution culturelle dans notre pays sur ce sujet et d'inventer des modalités d'évaluation plus adaptées à notre contexte français. Cet effort est à partager par tous.

- **Favoriser le droit d'intervention**

Ce droit d'intervention doit s'appliquer aux institutions dont les pratiques sont susceptibles d'engendrer des violences contre les enfants et les jeunes. Mais il est aussi important de se poser la même question pour les familles. D'ailleurs, cette démarche n'a pas uniquement une vocation de contrôle ou de sanction, elle peut avoir une visée éducative. En effet, la littérature internationale et les expériences françaises (en particulier au niveau de la PMI) montrent toutes que les visites à domicile sont très efficaces pour prévenir ou prendre en charge les questions de violence.

- **S'appuyer sur la richesse des personnes et le droit au rêve**

Il est nécessaire que les professionnels bénéficient d'une meilleure considération, notamment au vu des difficultés quotidiennes qu'ils rencontrent dans leur action sur un sujet aussi difficile que celui des violences faites aux personnes. De l'attention portée à cette question, dépendra en grande partie la dynamique que souhaite et peut engendrer ce plan « violence et santé ». Par ailleurs, la commission en appelle à une réhabilitation « *du jeu gratuit, du plaisir et du droit au rêve* ». Cette recommandation n'est pas seulement une volonté « *angélique* » ou « *utopique* » des membres de ce groupe. Elle est une préconisation importante. En effet, comme cela a été rappelé à plusieurs reprises concernant la pratique sportive, cette activité peut être la meilleure et la pire des choses. D'ailleurs, contrairement à ce que beaucoup d'adultes pensent, si les jeunes font et aiment le sport, c'est avant tout pour le plaisir et la rencontre avec les copains... « la gagne » est très rarement la motivation première (2). *Alors, ne transformons pas ce jeu et ce plaisir, en un instrument supplémentaire de combat, d'affrontement et de violence...*

Bibliographie

1. Perrin H., Baudier F. La violence des jeunes scolarisés : un enjeu de santé ? ADSP, septembre 2003, n° 44, pp. 9-15.
2. Guilbert P., Baudier F. Gautier A., dir. Baromètre Santé 2000 - Volume 2 : Résultats. Vanves : CFES, 2001. 470 p. Collection Baromètres.

Définition et délimitation du champ de réflexion

L'OMS définit la violence comme « l'usage délibéré ou menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté et qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence » (1).

Plusieurs composantes de cette définition ont été discutées, des critiques ont été formulées et des compléments ont été apportés.

Un champ très large

Les seules notions d'usage délibéré et de force physique, contenues dans la définition de l'OMS, ne sont pas prises comme telles par la commission.

La définition devrait être extensive en analysant comme « violence » tout ce qu'un individu considère comme telle. En effet, le thème de « violence et santé » fait référence au vécu de la personne et au traumatisme psychique ressenti.

La violence physique : importance et limite

• Importance

S'agissant des violences physiques perpétrées sur les enfants, on peut estimer que le niveau de preuve demandé aux professionnels chargés de veiller sur la petite enfance est parfois « ahurissant ». Il y a souvent une absence de réactivité du système de soins et du système judiciaire face à des preuves qui « crèvent les yeux ». Une des explications pourrait être que les parents sont, en France, *a priori* considérés comme de bons parents. Cependant, il faudrait peut-être admettre que certains parents doivent se voir retirer d'urgence leurs enfants avant d'envisager d'autres mesures.

• Limite

Dans le cadre de l'enfance en danger, une intervention a plus de chance de survenir quand le danger est physique. Or celui-ci n'est pas forcément le plus grand danger encouru par un enfant vivant dans une famille qui n'est pas en mesure de l'élever. En général, si les violences physiques sont davantage prises en compte, c'est qu'elles sont plus facilement « démontrables ». Les professionnels et les familles ont des difficultés à identifier la carence comme une violence. Pour les tous petits, une attitude non-violente consiste à répondre à leurs besoins physiques, somatiques ou cognitifs. Peut-on considérer comme violentes les situations mettant les enfants en situation de ne pas recevoir ce dont ils ont besoin ? Ces réflexions renvoient aux différentes définitions de l'enfant en risque, en danger, de la négligence et de la maltraitance.

Un être en développement dans son environnement social

Il est important de rappeler que le seul élément d'appréciation de la violence ne doit pas porter sur l'acte commis mais aussi sur les conséquences qu'il entraîne en termes de souffrance et de développement de l'enfant¹. Le développement somatique, social et cognitif devrait être caractérisable par quelques critères permettant d'établir

¹ C'est pourquoi il est souvent proposé, dans un premier temps, d'extraire l'enfant victime de violence de ce qui le fait souffrir puis de traiter et d'accompagner cette souffrance (physique ou morale). L'effet sur le développement ne s'apprécie que secondairement.

une appréciation par rapport à ce qui est accepté par la société. En effet, il y a une vraie particularité de la violence exercée sur un être en développement. Il est donc intéressant de définir la violence au regard de ses conséquences sur l'individu victime et, pour un jeune, au regard de son devenir et de ses potentialités.

Dans les premières situations de socialisation et d'échanges, où est l'intentionnalité ? Où est l'apprentissage de la frustration ? Le début de la socialisation constitue un cadre de réflexion intéressant pour définir la violence.

Le rapport d'inégalité existant dans le cadre de la violence des adultes sur les enfants ou d'adolescents entre eux, doit être intégré dans la définition de la violence. Il convient de distinguer les contraintes portant atteinte au développement immédiat et futur des enfants des tensions apparaissant dans les conditions normales d'apprentissage de soi et des autres chez les jeunes enfants. La violence dans le champ de l'enfance ne se définit pas seulement au regard de l'intentionnalité mais des conséquences. Les omissions violentes ou les actes violents pourraient être définis comme ceux ayant des conséquences relativement importantes sur le développement de l'enfant.

Par ailleurs, l'idée de proposer d'intervenir davantage dans la sphère privée doit valoir pour toutes les catégories sociales, les classes favorisées n'étant pas du tout épargnées par le phénomène.

La position de l'éducateur (parent, enseignant...) et l'intentionnalité

La violence non délibérée, de l'ordre de l'omission, de l'imprudence ou de l'absence de connaissances doit également être prise en compte. Tous les parents maltraitants ne le sont pas de manière délibérée mais plus par incapacité ou par manque de savoir.

Deux enfants pourront réagir différemment à une même méthode pédagogique. Les intentionnalités peuvent en outre être négatives ou positives. L'identification d'une situation violente individuelle nécessite la prise en compte de plusieurs paramètres relativement complexes, ce qui est différent du fait de repérer les problèmes liés aux organisations. Dans les modes de garde, les niveaux de qualification des violences sont très variables selon les professionnels et les tempéraments. Il est parfois compliqué de clarifier la frontière entre un acte violent et un acte autoritaire.

Le curseur semble donc difficile à placer pour l'institution judiciaire dont les sanctions peuvent être très différentes dans des affaires relativement semblables, ce qui prouve la complexité de trancher, notamment sur des questions liées à l'intentionnalité.

Il est important de considérer de quel point de vue on se place, à savoir du côté de l'auteur (intentionnalité), ou du côté de la victime (interprétation d'un acte).

La position du témoin de la violence

Outre l'acteur et la victime, le témoin, tierce personne adulte doit être pris en compte. La position de l'adulte face à des situations quotidiennes et banales est déterminante dans la manière dont l'enfant va se positionner et normaliser ses réactions. La situation des enfants est d'ores et déjà inégalitaire dans la mesure où les parents peuvent adopter des réactions éducatives très différentes. Il est donc intéressant, avec l'enfant, de sortir du schéma acteur/victime pour prendre en compte la notion d'adulte témoin.

Cette notion du tiers témoin permet de donner du sens à une situation qui est importante. Comment traiter les enfants mordeurs en crèche devant lesquels les professionnels sont impuissants ? Quel sens donner en outre à l'acte ? La gestion de l'environnement permet de mettre en place une régulation de cette violence. Quels types de

recommandations et de procédures de travail peut-on inscrire dans la vie institutionnelle dont seraient garants les responsables de l'institution ?

Par ailleurs, cette question du « témoin » pose celle de l'enfant témoin de violence domestique (conjugale souvent), mais non directement maltraité. En terme de répercussion sur sa santé et son développement, c'est une situation que l'on pourrait considérer comme comparable à celle d'enfants victimes directes de violence et de maltraitance. Cette dimension serait alors prise en compte par les services sociaux et sanitaires comme une 5^e catégorie de maltraitance (les autres étant physique, psychique, sexuelle et par négligence).

Vers une définition plus opérationnelle

La notion de dangerosité ne permet pas, par son flou, d'organiser la protection de l'enfance sur des critères largement consensuels. Une définition plus « aidante » pour les professionnels devrait peut-être être proposée. Les définitions actuelles sont souvent issues du domaine pénal et caractérisent chaque infraction, ce qui introduit d'emblée la notion de preuve de cette infraction. Il faudrait élaborer une définition opérationnelle, permettant de déterminer des programmes et des actions. Elle doit permettre de préciser le moment où l'intervention est nécessaire. A quel instant les professionnels doivent-ils entrer dans la sphère privée ? Quelle est la commande sociale sur ce point ? La définition doit être assez large pour permettre de venir protéger des enfants et assez précise pour ne pas être liberticide.

Proposition de définition à partir de ces constats

- **La violence est :**

- l'usage délibéré ou non intentionnel (par imprudence, négligence, oubli, méconnaissance...)
- et/ou la menace d'usage délibéré
- de la force physique ou de la puissance contre :
 - soi-même,
 - une autre personne
 - un groupe ou une communauté.

- **En fonction de :**

- son intensité et/ou sa répétitivité,
- la forme prise,
- le moment où elle s'exprime,
- la fragilité personnelle, voire de l'absence de tiers régulateur ou de soutien (personne physique, groupe ou communauté),

elle est subie par la personne (ou le système) comme une atteinte à sa dignité et à son intégrité dans certaines ou toutes ses dimensions physiques, psychiques, intellectuelles, matérielles, sociales et culturelles.

- **Le ressenti éventuel face à (ou l'utilisation de) cet usage ou cette menace,**

- entraîne ou risque fort d'entraîner, immédiatement et/ou à long terme, un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence, voire un acte de violence...
- pourrait ainsi compromettre le bien-être et la vie de ou des individus concerné(s) quel que soit le milieu socio-économique, culturel, politique considéré.

Bibliographie

3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : OMS, 2002. 376 p.

I – Périnatalité

Préambule

Les recommandations qui suivent sont en lien avec *le plan périnatalité* et *le rapport de F. MOLENAT* qui viennent d'être publiés (1,2). Les propositions faites dans ces deux documents mettent en avant des méthodes préventives des comportements violents qu'il est indispensable de soutenir.

Le champ d'action des recommandations du groupe périnatalité « violence et santé » s'étend *de la grossesse au premier mois de l'enfant*.

Au travers de toutes ces propositions, il est considéré que l'accompagnement de la mère lors de la grossesse favorise des comportements positifs ultérieurs en direction de son enfant.

Il est rappelé l'importance de *la continuité des actions* de prévention mais également des soins et des prises en charge individuels dans les situations périnatales à risque de violence. Cette continuité doit être maintenue *de la grossesse à l'adolescence*.

Il est important de rappeler que dans certaines circonstances (grossesse non désirée, contexte familial et social difficile...), la grossesse (et la naissance à venir) peut-être une situation de violence en elle-même.

Le repérage précoce des situations de violence s'inscrit dans une démarche qui doit favoriser la rapidité de l'accès aux soins pour toutes les femmes enceintes. Il est donc important de repérer *le plus en amont possible* les situations de violence, les situations à risques et les perturbations psychologiques.

Il est indispensable que toutes les mesures préconisées ne négligent pas *les mères socialement insérées* qui sont parfois très isolées et souvent oubliées par les dispositifs existants.

- Enfin, il est constaté et souligné *une grande disparité de prise en charge, des femmes enceintes, en général, et de la violence faite aux enfants, en particulier, dans l'ensemble des départements français. A cette occasion, il est rappelé le rôle de l'Etat qui doit garantir une égalité de l'offre de santé sur tout le territoire.*

Certaines problématiques sont exclues de cette analyse et des recommandations, malgré un lien majeur avec le sujet :

- la violence institutionnelle que représentent les délais d'accès à l'IVG,
- les violences conjugales (traitées dans le groupe « violence et genre »),
- le vécu des équipes hospitalières victimes de violence (traité dans le groupe « violence au travail »).

1 – Développer des connaissances en recueillant des données françaises sur les facteurs associés aux comportements violents et sur les expériences de prévention précoce

• Mieux identifier les facteurs de risques

Des études françaises ont pu mettre en avant les liens entre la précarité, les problèmes de suivi de grossesse, de prématurité et de faible poids à la naissance (1). Mais il y a peu de données nationales sur les facteurs et problèmes psychologiques. Des études internationales, en particulier longitudinales, portant sur le développement des comportements violents ont démontré l'influence de nombreuses variables périnatales sur le niveau d'agressivité physique des enfants et des adolescents (3,4). En revanche, nous ne disposons pas de données issues de travaux réalisés en France sur les comportements violents (facteurs associés et développement des comportements) (voir Annexe 2).

De façon générale, la littérature montre clairement une corrélation entre les risques psychosociaux, le mauvais suivi de la grossesse et l'augmentation de fréquences des pathologies périnatales. Il existe également beaucoup de données sur les troubles des comportements, comme certaines conduites addictives pendant la grossesse (1, 5).

Les études ont ainsi souligné l'existence d'une corrélation entre, d'une part, les difficultés psychosociales, la qualité de suivi de la grossesse, l'environnement de la naissance, et d'autre part, la survenue ultérieure de pathologies périnatales ainsi que de troubles de la relation parent enfant.

- Ces travaux ont isolé de façon assez précise certaines variables périnatales qui influent sur la trajectoire violente de l'enfant (3,4).
- l'âge de la mère, inférieur à 20 ans,
- l'interruption de la scolarité (et/ou le faible niveau de scolarité des parents),
- la consommation d'alcool pendant la grossesse,
- la dépression du post-partum,
- les situations de violence envers la mère,
- les troubles du comportement et de la parentalité,
- la révélation pergravidique d'anomalies fœtales,
- le comportement coercitif de la mère sur l'enfant de moins de 5 mois.

Par ailleurs, *la grossesse en elle-même peut être un facteur de risque* de maltraitance de l'enfant. Une grossesse non désirée et menée à terme en raison d'un dépassement des délais d'IVG peut engendrer un ressentiment envers l'enfant et un risque de maltraitance. Il est aussi possible qu'un parent *refuse le sexe de son enfant*, ce qui est également un risque de maltraitance.

La primiparentalité est un autre facteur de risque. Des études ont démontré que l'intervention pendant la grossesse est plus efficace sur les primiparents jeunes. L'impact de cette prise en charge se poursuit sur les grossesses suivantes. Le fait de cibler la primiparentalité est un facteur de réussite, surtout lorsque les ressources ne permettent pas de tout faire (*ce point ne semble pas faire consensus dans la littérature ; il a été mis en avant par Richard Tremblay au cours du séminaire et devra être validé auprès de lui à partir de travaux référencés*).

- *Pour la France, il apparaît indispensable*
- *de mettre en œuvre des études longitudinales sur les facteurs périnataux de risque de la maltraitance précoce ou des comportements violents de l'enfant*
- *de mettre à disposition des acteurs qui en ont besoin des informations épidémiologiques périnatales en routine (permanente) et actualisées.*
- *de recenser et décrire les expériences françaises de prévention précoce des phénomènes de violence.*
- *de favoriser l'évaluation des effets des interventions de prévention précoces des phénomènes de violence.*

- **Développer des actions de prévention efficaces**

Les quatre stratégies, préconisées par l'OMS (6) et qui semblent efficaces sont :

- les visites à domicile,
- la formation au rôle de parent,
- le programme de développement social,
- le programme préscolaire.

Dans la littérature anglo-saxonne, et d'après le travail réalisé par Mme DEMEURE (7), les domaines qui ont montré leur efficacité concernent *certaines programmes d'éducation pour la santé et d'intervention précoces* (8).

Il est rappelé l'importance de la fiabilité de l'évaluation des programmes. Il est nécessaire d'avoir un protocole permettant d'isoler et de contrôler les variables. L'absence d'un groupe témoin pose un problème pour la qualité et la reproductibilité des résultats mais soulève également des questions éthiques, notamment quand on est certain de l'efficacité d'une intervention, il paraît difficile de proposer un groupe témoin. Pourtant la France pourrait bénéficier des acquis de l'étranger, certaines études ayant notamment révélé l'efficacité d'une intervention précoce et régulière. Dans ce champ de l'évaluation, il semble important de bien faire la différence entre les problèmes méthodologiques qui relèvent de la recherche et les problèmes d'implantation d'actions validées qui relèvent de l'intervention.

Dans notre pays, les publications accessibles proposent de nombreuses descriptions de structures ou d'actions, mais peu d'évaluations des résultats. En effet, les expériences comme les soins à domicile ou les PMI – qui constituent un service de prévention exemplaire – ne sont malheureusement pas évaluées en termes d'efficacité.

En fait, les expérimentations locales sur la période périnatale concernant les facteurs de risques associés aux comportements violents sont mal connues : repérage des situations à risque, formation d'équipes, action de prévention, de soutien, de soin...

- *Il est donc nécessaire de recenser, de décrire mais également d'évaluer les expérimentations locales pour repérer celles qui sont les plus efficaces. Par ailleurs, il est important d'initier des expériences pilotes de prévention des comportements violents. Dans le même temps, il faut éviter la paralysie possible des promoteurs d'actions engendrée par une éventuelle volonté des autorités de ne soutenir que des programmes perçus comme ayant un système d'évaluation trop contraignant.*

2 – Favoriser l'information du grand public grâce à des campagnes nationales articulées avec des actions de proximité utilisant des supports et des outils validés

Elles nécessitent l'organisation et la promotion d'outils d'information à diffuser auprès des nouveaux parents sur l'aide à la parentalité. Ces brochures peuvent se baser sur le modèle «*être parent, pas si facile*».

- Dans le cadre, des campagnes nationales et des actions de proximité, des conseils aux futurs parents doivent être diffusés avant la naissance. Ces recommandations concerneront la mère mais aussi le père. Elles auront un rôle valorisant pour les deux. Aujourd'hui, certains documents sont donnés (avant et après l'accouchement) mais sans accompagnement. Ces supports doivent donc être associés dans la mesure du possible à un entretien personnalisé. Des brochures comme «*être parent, pas si facile*» devraient être rééditées.

La précocité de l'accès aux soins se fait aussi par le premier contact médical pour les femmes qui se savent enceintes. Il est indispensable et déterminant pour un bon suivi de la grossesse. Cela peut passer par un accès public facilité à un annuaire de personnes sous la forme d'un numéro vert ou de PASS maternité par exemple. Les associations peuvent jouer un rôle important dans la connaissance de ces supports et leur appropriation par la population.

3 – Donner un cadre précis à l'entretien du 4^e promu par le plan périnatalité

Cet entretien doit servir au repérage des situations de violence ou de vulnérabilité périnatales et à l'orientation vers des professionnels ou des institutions pour une prise en charge éventuelle. Il est inscrit dans le cadre du plan périnatalité. C'est une nécessité pour l'accompagnement de la maternité.

- Il est important de donner des recommandations précises sur le contenu et la conduite de cet entretien du premier trimestre de la grossesse, qui doit répondre à un guide de bonnes pratiques validées par la communauté scientifique. L'élaboration et la diffusion de ces recommandations doivent s'accompagner d'un vrai travail de formation à l'égard des professionnels, comme les sages-femmes, les médecins et les travailleurs sociaux, afin que cet entretien psychosocial soit mis en œuvre dans les meilleures conditions possibles.

4 – Trouver des solutions rapides au raccourcissement du séjour en maternité après l'accouchement.

Le raccourcissement du séjour en établissement de soins est un vrai problème dans la mesure où la prise en charge en amont et en aval de la grossesse est dans la majorité des cas mal assurée. Il faut donc mettre en relation tous les professionnels qui vont faire face à la carence annoncée des maternités. Les médecins libéraux isolés qui suivent les grossesses auront par exemple besoin de structures référentes dans le cadre de leur activité ambulatoire.

Il y a donc une impérieuse nécessité d'avoir des équipes de médecine hospitalière et ambulatoire qui se coordonnent en réseau. Cette démarche est particulièrement complexe à mettre en œuvre entre des secteurs qui se connaissent mal, faute de pratiques partagées : établissements de santé et médecine de ville, domaines

préventif et curatif, secteurs public et privé... avec des professionnels inégalement répartis et un contexte global de pénurie.

La question se pose de la même façon en cas d'Interruption Médicale de Grossesse (IMG) et de mort foetale². Dans ces cas, un allongement de la durée de séjour en établissement de soins de 2 à 3 jours permettrait aux parents de s'approprier cet événement marquant et de faire « convenablement » leur deuil.

5 – Mettre en place de façon urgente des structures d'hébergement pour les personnes en situation de crise

Il est nécessaire de développer des lieux d'information et de socialisation, mais également des lieux de vie temporaires. Couples en grande exclusion sociale, femmes sans papiers, isolées, exclues... se retrouvent trop souvent en déshérence pendant la grossesse et après l'accouchement. Ce problème requiert donc, pour être résolu, le développement de résidences sociales, de maisons maternelles ou d'appartements thérapeutiques. Ceux qui existent aujourd'hui sont vite saturés par rapport à la demande. Aucune alternative n'est alors proposée.

- Le développement de lieux de vie temporaires pour les femmes enceintes accompagnées ou non de nouveau-nés et qui se retrouvent en situation d'exclusion sociale est donc une nécessité.

Il faut aussi regretter que le devenir à long terme des enfants placés en structure d'accueil ne soit pas actuellement évalué.

6 – Développer les visites à domicile qui s'inscrivent dans un continuum de prévention et de soins

Il est nécessaire de mener la surveillance à domicile qui permet de repérer les situations à risque. Cette démarche doit s'inscrire dans un cadre plus global d'accompagnement de la famille et de l'enfant.

Dans cette perspective, il est souligné l'importance de la socialisation précoce de l'enfant, notamment au sein des crèches. Par ailleurs, il est rappelé que le « *Carolina Abecedarian Project* » qui met en place des visites à domicile de la naissance jusqu'aux 5 ans de l'enfant comprend également une démarche éducative. D'autres programmes d'intervention, notamment le « *Prenatal/Early Infancy Project* », développent des visites à domicile par des infirmières, du troisième mois de la grossesse aux deux ans de l'enfant. Elles comprennent des actions d'éducation pour la santé et de soutien à l'habileté parentale ainsi qu'une aide au développement personnel de la mère (8,9).

Il est donc particulièrement important d'allier les visites à domicile à l'éducation des parents d'où l'importance de la coordination entre la PMI, les hôpitaux (ou cliniques) et la médecine de ville.

² La souffrance des parents d'enfants « mort-nés » est souvent négligée dans ses répercussions immédiates et différées sur le couple et ses capacités parentales.

7 – Favoriser les réseaux de périnatalité tout en facilitant les échanges d'expériences et l'évaluation de ce nouveau mode d'organisation des soins (5)

D'une manière générale, il faut encourager un rapprochement des professionnels médicaux, sociaux et judiciaires et des partenaires institutionnels (ARH, DDASS, URCAM, URML, partenaires privés...). Cette collaboration doit être formalisée par des conventions de partenariat, des annuaires et des procédures.

Dans cette perspective, il faut souligner l'importance *des réseaux de périnatalité* qui doivent prendre en compte la problématique de la violence dans leur fonctionnement.

Il semble nécessaire d'inciter fortement ce type de démarche, afin de favoriser la collaboration entre les personnes, services et institutions concernés. L'exemple du travail réalisé en Île-de-France sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse illustre ce besoin.

Mais plusieurs problèmes se posent autour des réseaux :

- Le financement s'inscrit très souvent dans le cadre de la Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR). Cette enveloppe apparaît comme s'intégrant dans un dispositif complexe avec certaines inconnues sur la pérennité de la procédure.
- Ces réseaux ne concernent encore qu'une population limitée et des territoires géographiques restreints.

- Il est donc proposé de clarifier le financement et les missions de ces réseaux, avec échange entre les différentes régions, au moyen d'une structure nationale de concertation. Une charte des réseaux périnatalités serait à élaborer.

A l'heure actuelle, on peut regretter que très peu d'études aient procédé à une évaluation du fonctionnement en réseau. Il est donc suggéré d'évaluer les résultats des réseaux de périnatalité en terme de santé et d'accès aux soins

8 – Encourager les staffs de parentalité

Des actions plus spécifiques aux conditions de vie des femmes isolées et des couples en difficulté doivent être mises en place. Il s'agit tout d'abord de promouvoir et de soutenir la création de lieux d'information et de socialisation des femmes durant la grossesse. Les initiatives locales ou régionales de repérage et de prise en charge des femmes et des couples à risque doivent être encouragées. De ce point de vue, il est possible de prendre l'exemple des staffs de parentalité initiés à Draguignan et repris dans les Hauts-de-Seine.

D'après l'étude faite par Véronique DUFOUR (10), ce système se base sur la volonté de lier la maltraitance à la période anténatale. Il est essentiel de connaître l'histoire, la santé et l'environnement social des parents pour mieux prévenir et agir.

Les staffs de parentalité favorisent, pendant la grossesse, des réunions de tous les intervenants internes et externes. Par exemple, l'expérience de Draguignan a eu pour but de mettre en relation les différents partenaires des domaines de l'obstétrique, de la maternité, de la pédiatrie et de la psychologie. Ces derniers sont également associés aux PMI, aux assistances sociales ainsi qu'aux médecins libéraux, trop souvent oubliés dans ce type de dispositif. Ces réunions se déroulent dans la maternité, sous la responsabilité d'un chef de service. Les

populations concernées sont prioritairement les femmes enceintes qui présentent un risque médical et psychosocial, mais également des sujets qui expriment peu de demandes et se rendent rarement à l'hôpital.

Le nombre de dossiers traités par ces staffs varie entre 20 et 60 par an et par maternité. Ces équipes veillent au retour de l'information vers la patiente et proposent des solutions, et ce, dans la plus grande confidentialité.

D'après cette expérience, trois types de situations constituent des facteurs à risque de violence :

- l'isolement social, et notamment l'exclusion engendrée par la problématique de l'hébergement,
- les maladies psychiatriques,
- les conduites addictives.

Cette expérience a aussi ses limites :

- En effet, quatre constats ont été faits : le faible support des obstétriciens, la question du secret professionnel, le problème de l'adhésion des familles ainsi que le manque de réseau périnatal de ville.
- En cas de fortes demandes, il y a des difficultés à pouvoir répondre. Il est rappelé que les maisons maternelles, qui peuvent accueillir les mères et les enfants, ne sont que 52 dans toute la France.

Par ailleurs, il est important de préciser qu'il n'y a pas à l'heure actuelle de consensus sur la définition de la « parentalité ». La majorité des auteurs définit la parentalité comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) à trois niveaux :

- le corps (les soins nourriciers),
- la vie affective,
- la vie psychique.

9 – Mieux prendre en charge la santé mentale et les troubles psychiatriques de la mère et/ou du couple

Ils sont à l'heure actuelle peu ou mal pris en compte. Les réseaux de périnatalité, le renforcement des équipes en psychologues seraient des réponses adaptées à cette carence. Les psychiatres suivant les parents, sollicités par les pédopsychiatres, doivent s'intégrer dans les réseaux périnatalité.

Des mesures de soutien doivent donc être mises en place comme la présence (préconisée dans le rapport de Mme MOLENAT) (2) de médecins « psychosociaux » en périnatalité.

10 – Mettre en œuvre un véritable repérage, traitement et suivi des enfants à risque ou victime de violence

La continuité implique des outils, des conventions et des procédures. Il est important de pouvoir suivre les enfants à risque et/ou victime de violence, en particulier dans des structures comme les crèches ou chez les assistantes maternelles. Or c'est une tâche difficile :

- par manque de coordination,
- en raison des déménagements,
- par insuffisance de moyens au niveau des équipes qui pourraient effectuer ce travail comme la PMI.

Il est nécessaire de mettre en place des formations pluri-professionnelles pour le repérage des situations et la rédaction d'un signalement.

- En résumé, 7 recommandations prioritaires pour la périnatalité
- Promouvoir l'étude longitudinale, selon la méthodologie des cohortes, des facteurs périnataux de risque de maltraitance précoce et/ou de comportements violents de l'enfant, et de la survenue de ces évènements, en constituant les populations d'étude au moment de la grossesse.
- Faire un état des lieux des actions françaises de prévention précoce des phénomènes de violence et favoriser la mise en place de celles utilisant des méthodes validées.
- Informer le grand public sur les différentes possibilités de soutien à la parentalité afin de mieux prévenir les problèmes de violence touchant la période périnatale.
- Définir le contenu de l'entretien du 4^{ème} mois.
- Augmenter le nombre de psychologues en maternité.
- Développer des structures d'accueil de jour et d'hébergement pour les femmes enceintes et/ou avec jeunes enfants, en situation de grande précarité.
- Soutenir la mise en place des réseaux de périnatalité médico-psycho-sociaux, comportant un volet ville-hôpital, avec un renforcement des liens entre les centres périnataux, les inter-secteurs de pédo-psychiatrie, les secteurs de psychiatrie d'adultes, la PMI, les modes de garde des jeunes enfants et le tissu associatif. Clarifier le financement et les missions de ces réseaux ainsi que les modalités de leur évaluation.

Bibliographie

Périnatalité

• Appelée dans le texte

4. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. *Plan « Périnatalité » 2005-2007 – Humanité, proximité, sécurité, qualité [en ligne]*. Paris : Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2004 [consulté le 7/03/2005]. Disponible sur Internet :
5. <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>
6. Molenat F. *Périnatalité et prévention en santé mentale – Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Rapport janvier 2004*. Paris : Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des services, 2004. 27 p.
7. Tremblay RE. Développement de l'agressivité physique depuis la jeune enfance jusqu'à l'âge adulte. In Tremblay RE, Barr RG, Peters RDV, éd. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, 2003 [consulté le 7/03/2005]. Disponible sur Internet : <http://excellence-jeunesenfants.ca/documents/TremblayFRxp.pdf>.
8. Tremblay RE, Vitaro F, Nagin D, et al. The Montreal longitudinal and experimental study. Rediscovering the power of descriptions. In *Taking stock of delinquency. An overview of findings from contemporary longitudinal studies*. New York : Thornberry TP, Krohn MD. Kluwer Academic/Plenum publishers 2003. pp. 205-254
9. Lejeune C. Périnatalité et précarité : réduire les risques grâce aux réseaux ville-hôpital. *Devenir*, 2000, n° 12, pp.31-54.
10. Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : OMS, 2002. 376 p.
11. Demeure O. Violences institutionnelles faites aux femmes enceintes en situation de grande précarité. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005 [sous presse].
12. Texte prévu pour les Journées Parisiennes Obstétrico-Pédiatriques, 3-4 février 2005.
13. Dumaret AC. Soins médicosociaux précoces et accompagnement psychoéducatif : revue de la littérature étrangère. *Arch Pédiatr*, 2003 ;10 : pp. 448-461.
14. Titran M. Bientraitance parentale et grande précarité. *Pratiques psychologiques* 2004 ; 10 : pp. 65-77.
15. Dufour V. Bilan d'activité des staffs de parentalité à Paris : Quelle réponse pour quel type de difficultés ? *J. Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2005 [sous presse].
16. Texte prévu pour les Journées Parisiennes Obstétrico-Pédiatriques(J.POP), 3-4 février 2005.

• Sélective

17. Chabrol B., Roussey M. Le syndrome de l'enfant secoué. In Roussey M, Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant et son environnement*. Reuil Malmaison : Doin éd, 2004. 301 p. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17.
18. Delour M. Plaidoyer d'un pédiatre de Santé Publique pour une prise en compte du soin psychique en période périnatale. [S.l.] : [s.n.], [s.d.]. 18 p.
19. Dumaret AC, Picchi V. Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement des enfants. Mémoire original. *Annales Médico Psychologiques*, 2004. 10 p.
20. Henrion RML. Les violences conjugales pendant la grossesse. Dépistage et orientation par les soignants. 15 p
21. Texte prévu pour les Journées Parisiennes Obstétrico-Pédiatriques (J.POP), 3-4 février 2005.
22. Lamboy B. Pour une prévention précoce du trouble des conduites.
23. Soumis à la revue *Devenir*.
24. Poisson-Salomon A-S, Charritat J-L, Agenie C, et al. Prise en charge des enfants en danger par le service social des hôpitaux de l'AP-HP. *Rapport décembre 2000*. 38 p.
25. Roussey M, Bretaudeau G, Treguier C, et al. Les problèmes diagnostiques de l'enfant secoué. *Rev Intern Ped.*, 1999, vol. 30, n° 294, pp. 15-24.
26. Saurel-Cubizolles M-J, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse.,
27. Villejuif : Inserm. Unité 149, 2005. 9 p.
28. Texte prévu pour les Journées Parisiennes Obstétrico-Pédiatriques (J.POP), 3-4 février 2005.
- 29.

Quatre thèmes devaient être abordés :

- maltraitance,
- violence en milieu scolaire,
- violence et sport,
- violence et médias.

Faute de temps (surtout), et de spécialistes dans l'atelier de Besançon, il a été impossible d'aborder l'ensemble des sujets proposés, notamment celui sur « *violence et médias* » malgré l'impact reconnu de ces derniers sur l'apparition et le type d'expression de la violence (1,2).

Un point transversal aux différentes thématiques a été souligné : *la question de l'évaluation* des nombreuses actions évoquées. Pour la très grande majorité des initiatives prises en matière de prévention et de gestion des situations de violence dans les trois champs étudiés, les méthodes d'évaluation ne répondent pas aux critères habituellement retenus dans la recherche scientifique. Celles généralement utilisées dans le cadre d'essais thérapeutiques ont été interrogées sur leur pertinence dans le cadre des phénomènes complexes, interactionnels voire transactionnels tels que la modification des comportements pour lesquels l'isolement de variables et la comparabilité de populations témoins sont difficilement garantis. Aussi retrouve-t-on en général un bilan des processus existants (descriptif). Certains s'interrogent sur le manque de transférabilité de programmes et d'actions scientifiquement évalués : le plan expérimental fait notamment l'impasse sur les conditions de réussite liées notamment à la motivation particulière des acteurs directement impliqués dans ces actions innovantes. Il est souligné également les difficultés méthodologiques, financières, éthiques, de disponibilité et d'adhésion des acteurs pour la réalisation d'évaluations.

La France, avec ses spécificités, doit donc développer *une vraie culture de l'évaluation* et se poser des questions essentielles :

- Dans une culture institutionnelle, comment dépasser cette logique pour aboutir, à partir d'une analyse de terrain, à des propositions plus originales et plus locales ?
- A côté de l'impact sur la population, quels sont les bénéfices d'une nouvelle organisation pour les professionnels ?
- Est-ce que la question des financements et des moyens ne doit pas être posée ? Quels moyens financiers sont nécessaires pour la réalisation de l'évaluation ?

A la lumière de ces différents constats, plusieurs recommandations sont faites :

- *Les politiques publiques*, dans leurs applications interprofessionnelles, devraient faire l'objet d'évaluation avant toute modification des textes réglementaires qui trop souvent se succèdent avant même leur réelle mise en œuvre sur le terrain.
- Il est souhaitable de décrire *les typologies des actions de terrain* (réseaux...) en extrayant les grands principes de fonctionnement afin d'évaluer ces fonctionnements (exemple : quels résultats positifs liés au travail en réseaux pour la prévention de la maltraitance ?)
- Un travail en *recherche-action* est une approche à encourager car elle fait fortement réfléchir et bouger les pratiques.
- Il est nécessaire d'analyser les raisons du bon fonctionnement de certaines collaborations, les logiques mises en œuvre, les blocages...
- *Il est essentiel d'assurer un retour vers les acteurs de terrain* participant à l'évaluation et qui ont fourni les données, sinon ils ne peuvent prendre conscience de l'utilité même du processus d'évaluation et des bénéfices de cette dernière pour leur propre pratique (qualité...)

1 – Maltraitance

Constat : une connaissance insuffisante et des disparités fonctionnelles préoccupantes.

a) Etudes

Il existe une importante littérature internationale sur la maltraitance à enfants mais très peu de données fiables sur la situation en France, et peu de connaissances sur le profil des familles maltraitantes, ainsi que sur le mode de repérage, la prise en charge, le suivi et le devenir des enfants. *La disparité constatée des dispositifs départementaux* en matière de recueil de données, pratiques d'intervention, moyens consacrés n'est pas étayée par des études scientifiquement valides.

L'ampleur du problème des mauvais traitements à enfant est actuellement appréciée à partir de sources d'informations non exhaustives et il existe en particulier des *biais de repérage* liés aux populations ciblées par ces sources.

De façon plus spécifique, il est constaté :

- l'absence d'un état des lieux des dispositifs départementaux existants et d'études analytiques pour comprendre la disparité des dispositifs,
- les difficultés d'obtention de données judiciaires fiables sur les enfants victimes de violence du fait de l'insuffisance des outils informatiques dont sont actuellement équipés les parquets (projet en cours),
- le non respect des obligations légales sur les statistiques de signalement,
- la variabilité dans les signalements en fonction des milieux sociaux et des situations, des personnes (signalement fait parce que tel procureur est plus actif)... et qui ne relève pas forcément des moyens (même si dans certains départements, des personnes sont payées pour s'occuper de ce problème) mais des motivations (militantisme...) et d'une réflexion préalable inter institutionnelle sur les critères et modes de signalement.

Il est également noté l'absence d'études globales sur *le coût de la maltraitance* en France. En effet, on dispose seulement de données parcellaires liées à l'hospitalisation, aux handicaps... (chiffres de l'ONED).

Recommandations

Il est proposé de faire des analyses épidémiologiques détaillées concernant :

- les formes graves non signalées,
- la recherche multicentrique des pathologies traceuses (comme les hématomes sous duraux),
- les disparités territoriales dans l'organisation de la procédure de signalement,
- ainsi que des études fines sur le mode de repérage, la prise en charge, le suivi et le devenir des enfants.

b) Expériences et programmes

La décentralisation pourrait avoir accentué le phénomène de disparité. A l'intérieur des départements, la réorganisation de territoires a pu aussi amplifier ce processus même si les vraies organisations de terrain (circonscriptions plus ou moins reliées) sont dépendantes des bonnes volontés de proximité. Les disparités dans les organisations départementales conduisent donc souvent à des inégalités de prise en charge, accrues par une coordination et une articulation entre les acteurs médico-sociaux, juridiques et éducatifs également très difficiles (cloisonnement, réticences à communiquer des données qui sont du domaine public ou qui peuvent être anonymisées à fin d'études statistiques si elles sont confidentielles). Dans certains cas, l'absence d'application de *la loi* est relevée.

La circulaire du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles a mis en place des pôles hospitaliers sur le plan régional pour assurer, d'une part, l'accueil et la prise en charge des victimes de violences sexuelles qui se présentent dans ces services, et d'autre part, un rôle de mise en relation et de conseil auprès des professionnels de santé ayant recours à lui. Ces pôles de référence s'appuient sur l'expérience d'un médecin responsable qui veille particulièrement à la cohérence de l'ensemble du dispositif, notamment avec les conseils généraux. Il n'existe pas d'état des lieux sur leur mise en place effective dans les régions, leur fonctionnement et leur efficacité.

Par ailleurs, il est souligné :

- l'absence d'une culture commune, d'un langage commun, notamment entre magistrats et professionnels du secteur médical ainsi que le manque de coordination entre les acteurs médico-psycho-sociaux, judiciaires et éducatifs, entraînent des réponses mal adaptées, parfois violentes ; des stratégies de contournement des procédures (informations excessives ou insuffisantes) se développent aussi parmi les professionnels,
- dans certains départements, le manque de moyens humains pour assurer le suivi de signalements contribue à en réduire artificiellement leur nombre,
- le manque de reconnaissance de la problématique (peu de personnes souhaitent s'investir sur les thèmes de l'enfant secoué, des abus sexuels...),
- la pratique médicale peu valorisée (se concrétisant notamment par une tarification ne prenant pas en compte la durée réelle de la prise en charge...) avec aussi un manque criant d'experts médico-légaux formés (faible intérêt porté à ce champ d'activité),
- le risque de stigmatisation de populations cibles des services sociaux et, à l'inverse, de non repérage de faits de violence intrafamiliale dans des milieux sociaux plus favorisés (3).

Dans le domaine de la petite enfance et du soutien à la parentalité, trois exemples sont donnés :

- L'Observatoire Jurassien des Enfants Victimes de Maltraitance (OJEVIM) constitue un réseau novateur, en terme d'interdisciplinarité, de prise en charge des enfants victimes d'agressions sexuelles. Il regroupe des professionnels, institutionnels ou non, des champs judiciaire, éducatif et thérapeutique. Un groupe ressources a permis de définir le rôle et le positionnement de chaque intervenant et le croisement des compétences de chacun. Cette démarche s'est concrétisée dans la création de deux unités médico-judiciaires dans le département. Par ailleurs l'articulation de l'OJEVIM avec des institutions et d'autres réseaux élargit sa connaissance du problème de maltraitance dans le département, l'implique dans des actions de formation des professionnels et des actions de prévention auprès des élèves de classes de cours élémentaires et moyens.
- En crèche, un travail est réalisé à l'association *Antenne petite enfance* de Franche-Comté, qui dans le cadre de sa Maison de la Petite Enfance propose des actions visant au soutien à la parentalité (service d'accueil et d'écoute téléphonique pour parents « Oreille Petite Enfance » ; groupes de parole...), à l'information des parents et professionnels de la petite enfance (mise à disposition de documentation : articles, ouvrages, cassettes vidéo..., organisation de conférences-débats et de formations) et à l'accompagnement de l'enfant notamment en difficulté (respect de l'enfant dans sa globalité, attitude spécifique vis-à-vis de l'enfant agresseur, intégration de l'enfant porteur de handicap...). Toutes ces actions ne sont pas systématiquement évaluées.
- Les dispositifs *Passerelles* prennent en compte à la fois les milieux familiaux, professionnels et scolaires et permettent d'intervenir précocement à un moment clé (lors de la 1^{ère} entrée à l'école maternelle). Un espace Passerelle peut être l'accueil d'un petit groupe d'enfants par trois professionnels, l'éducatrice de jeune enfant, l'ASEM et l'institutrice (Cf. Roubaix, la Ciotat), à l'intérieur de l'école. Il permet d'établir des rapports individualisés enfant/adulte, d'attacher une attention particulière aux rythmes de l'enfant, avec la recherche d'implication de la part des parents qui ne sont pas considérés comme coupables, mais comme responsables, et donc associés aux activités de leurs enfants. Ils créent ensemble une pédagogie sur mesure. Ces espaces permettent aux participants la rupture de l'isolement, en leur offrant une écoute, un lieu d'information et d'échanges avec d'autres parents ou professionnels. Ils impliquent à la fois le lien et la séparation. Si l'on vise la sécurité de l'enfant, on l'aide à préparer les séparations et à expérimenter d'autres alternatives que la violence pour y répondre ou réagir. A Roubaix, fonctionnent 10 espaces Passerelles et la ville de Lyon a inscrit un tel dispositif dans son projet social. Une étude longitudinale a été initiée à La Ciotat par un chercheur de l'IUFM concernant les « résultats » des enfants ayant fréquenté ces structures, étude malheureusement

abandonnée. Pourtant quelques indicateurs peuvent être définis pour mesurer l'impact d'une telle initiative : appropriation de l'espace par l'enfant, implication dans les instances participatives par les parents, diminution du niveau sonore (au cours d'une activité lecture)...

La question plus spécifique de *l'accueil des enfants de 2-3 ans* fait aujourd'hui débat :

- La qualité de l'accueil des 2 à 3 ans dépend tout d'abord des conditions proposées par les professionnels dans les différentes structures.
- Cet accueil est une compétence partagée entre l'Education Nationale, les municipalités, les CAF et les associations.
- L'Education Nationale quant à elle offre en général un milieu d'accueil stable avec des repères pour des enfants de familles à risque (représente un contenant). Néanmoins il convient d'être vigilant pour que l'école n'impose des critères individuels de progression qui contribueraient à stigmatiser précocement les enfants les plus en difficultés au lieu de favoriser une prise en charge spécifique, pas toujours réalisée dans un contexte de sureffectifs.
- L'évaluation impliquerait de travailler sur un ensemble de facteurs et de comparer trois populations : enfants scolarisés à deux ans, enfants qui fréquentent une structure collective, qui restent à la maison.

Recommandations

c) En matière de repérage, signalement et prise en charge

- Prendre en compte *les enfants victimes de violence dans les populations plus favorisées*. Ces publics échappent trop souvent au repérage par les circuits médico-sociaux, alors que les phénomènes de violence y sont sans doute tout aussi importants.
- A partir d'une conférence de consensus réunissant tous les partenaires travaillant dans le champ de la maltraitance, élaborer *un guide de bonnes pratiques et de bonnes conduites pour les démarches de signalement et de prise en charge pluridisciplinaire*. Plus globalement, il est impératif de déterminer les circuits conduisant le plus facilement à un signalement dans un certain type de situation ou pour certaines populations. La démarche de protection doit passer par une évaluation plurielle (médicale, psychologique, sociale, éducative) indépendante de l'étape de décision des mesures de protection. La responsabilisation et la prise en compte de l'avis des parents est le plus souvent possible nécessaire (démarche participative). L'élaboration du signalement et la préparation de la séparation si elle est envisagée méritent un travail important de collaboration pour éviter des violences supplémentaires. De même, toute démarche de protection doit inclure d'emblée le traitement de la pathologie du lien pour l'enfant et les parents. Il est suggéré le principe d'un signalement de tous *les hématomes sous-duraux*. L'origine traumatique de ces lésions pourrait en faire une pathologie traceuse, et ce principe admis, il pourrait être envisagé une investigation par le service de l'ASE, ou une recherche-action pour analyser les effets de ces signalements (il existe bien une obligation de signalement systématique d'excision).
- Mettre en place *un recueil de données avec un réseau d'utilisateurs* dédié à ce problème de maltraitance (type réseau AUDIPOG), comportant la description du système et des informations épidémiologiques. En effet, les données existent mais il y a réticence (alors qu'elles sont du domaine public et peuvent être anonymisées si elles sont confidentielles) ou difficulté technique à les communiquer (problèmes d'adéquation des logiciels de la justice, de codage inexistant des pathologies vues dans les urgences hospitalières...). Par ailleurs, la mise en place récente de l'ONED (Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger) devrait permettre à l'avenir de disposer d'informations plus fiables et pertinentes.
- Il est nécessaire d'activer et d'évaluer les dispositifs et structures prévus par les textes mais pas toujours opérationnelles.

- **Les unités médico judiciaires (UMJ)**

Les Unités Médico-Judiciaires sont un outil à disposition de la justice. Leur création est prévue par la circulaire DH/AF1/98 du 27 février 1998. Il en existe environ une cinquantaine sur l'ensemble du territoire français (DOM inclus).

Ces unités, dont le financement relève du ministère de la justice, dispensent sur réquisition d'un magistrat ou d'un officier de police judiciaire les actes médico-judiciaires nécessaires aux enquêtes judiciaires. Elles ont donc vocation d'accueillir, d'examiner et d'effectuer les prélèvements médico-légaux nécessaires à toutes les victimes adressées sur réquisition par les autorités judiciaires afin d'établir des constats de coups et blessures et de fixer une Incapacité totale de travail (ITT). Elles effectuent également les examens médico-judiciaires des personnes placées en garde à vue, prévus par l'article 63-3 du code de procédure pénal. Il s'agit de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé physique et mental de la personne avec la mesure de garde à vue. A titre d'exemple, a été créé le 1^{er} Septembre 2003, l'Unité Médico-Judiciaire (U.M.J.) pour mineurs victimes de l'Hôpital Armand Trousseau à Paris. Ses principales missions sont :

- assurer des examens et des prélèvements médico-légaux de bonne qualité en développant un accueil spécifique des mineurs, en particulier des plus jeunes d'entre eux ;
- assurer la conservation des dossiers et des prélèvements dans des conditions optimales de sécurité ;
- favoriser l'accompagnement des mineurs et de leur famille dans les suites de l'examen médico-légal en les informant sur les possibilités d'un soutien psychologique, social et d'une information juridique ;
- promouvoir le développement de la médecine légale pédiatrique dans ses aspects cliniques, d'enseignement et de recherche, et favoriser le développement d'initiatives concrètes destinées à une meilleure prise en charge des mineurs.

- **Les pôles de référence hospitalier**

En 97, ont été déterminés *des pôles de références régionaux* pour traiter de la maltraitance (existence de personnes ressources en milieu hospitalier, puis création de pôle de référence). Ils permettent d'avoir un lieu au sein du département, à défaut de région, où professionnels et familles savent où s'adresser. Au départ, il était prévu d'en créer un par région, or on s'est aperçu que des variabilités d'implantation existaient... Il serait important d'évaluer leur efficacité et d'identifier les raisons pour lesquelles ces dispositifs ne sont toujours pas opérationnels dans certaines régions.

Il est recommandé d'instituer *une évaluation de la prise en charge des enfants en danger* au niveau départemental (notamment évaluation des recours et actions dans le cadre des Aides à l'Enfance en Milieu Ouvert) avec deux volets :

- *L'évaluation des processus* doit être participative et mettre en évidence les potentiels d'amélioration de l'articulation des professionnels médico-sociaux, juridiques et éducatifs.
- *L'évaluation du suivi* des actions d'amélioration par la mesure d'indicateurs de fonctionnement concernant les points clefs de l'articulation des professionnels. *Le recueil départemental légal concernant les signalements* doit être un outil à utiliser. Ces éléments sont inscrits dans la loi qui n'est pas appliquée dans tous les départements. Une uniformisation est nécessaire.

d) En matière de prévention

A partir des expériences et dispositifs existant :

Il faut privilégier et encourager les actions de prévention précoces de la maltraitance et d'aide à la parentalité qui associent des professionnels de statut et d'institutions divers et des parents (compétences croisées).

A partir de lieux d'accueil (comme les espaces passerelles, les points d'accueil parents-enfants, différents lieux culturels...), il apparaît souhaitable de développer en complément des interventions individuelles basées sur le

risque, des approches collectives fondées sur les besoins des populations, en particulier, une approche progressive de la socialisation en milieu collectif.

Favoriser des programmes et des actions permettant le développement de facteurs de protection est nécessaire. Ils doivent encourager la construction d'une image de soi positive chez l'enfant, le développement progressif de capacités relationnelles de solidarité et de partage, puis ultérieurement, une habileté à gérer les conflits ainsi qu'un esprit critique.

Sur le domaine spécifique de l'évaluation, il est important de :

- faciliter les processus d'évaluation en favorisant l'accessibilité à des structures ressources pour un appui méthodologique et financier,
- inscrire les actions validées dans des dispositifs facilitant leur diffusion et leur pérennisation (notamment financière : ex. *Contrat Enfance* proposant un financement stable et intégrant des actions prévention).

La mise en œuvre de toutes ces recommandations passe ensuite par *l'information et la formation* en :

- favorisant la diffusion des connaissances relatives à la maltraitance (repérage, signalement, prise en charge...) en fonction des populations, des lieux...
- proposant que sur le site Internet de chaque Conseil Général, il y ait un site particulier dédié pour permettre la transmission d'une information sur un service ressource, d'un numéro de téléphone...
- incitant les institutions à faire des démarches vers les professionnels libéraux pour qu'ils aient au moins un lieu/un numéro lorsqu'ils sont en prise avec la famille,
- revalorisant la participation des parents à la prise en charge des enfants et en ayant le souci de les impliquer dans les programmes et actions de bienveillance,
- réaffirmant l'importance d'une formation actualisée de tous les professionnels impliqués dans le repérage et la gestion des situations de maltraitance ; on citera par exemple celle des médecins libéraux (FMC), notamment en milieu rural, ou celle des assistantes maternelles, souvent isolées (présence d'hématomes sous-duraux, abus sexuels par conjoint...),
- proposant des formations interinstitutionnelles et interprofessionnelles (en particulier sur les troubles du lien et leurs soins),
- réintroduisant dans cette formation ce qui ressort en terme de facteurs de protection (éducation de l'enfant, résilience, capacité de gérer les conflits ; développement de l'estime de soi...),
- évaluant les outils de formation existants.

Bibliographie

Enfance et maltraitance

• Appelée

30. American academy of pediatrics : *Media violence. Pediatrics, nov. 2001, vol 108, n° 5, pp. 1222-1226.* Frau Meigs D, Jehel S.
31. Jeunes, média, violences. Edit. Economica, 2003.
32. BERGER M. L'échec de la protection de l'enfance. Dunod, 2004.

• Sélective

33. Chamberland C, Dallaire N, Fréchette L, et al. Promotion du bien-être et prévention des problèmes sociaux chez les jeunes et leur famille ; portrait des pratiques et analyse des conditions de réussite, rapport final présenté à la division des subventions nationales au bien-être social. Canada : Ministère du Développement des ressources humaines, 1996.
34. Dupraz L. Les lieux passerelles entre famille et école maternelle. In Famille/Ecole, quelles médiations ? Université Montpellier III. Cahiers du CERFEE, 2000, n° 6.
35. Gabel M., Jésus F., Manciaux M., dir. Bientraitements : mieux traiter familles et professionnels. Paris : Fleurus ; 2000. 453 p.
36. NAVES P., dir. Rapport du groupe de travail « protection de l'enfance et de l'adolescence ». Paris : Ministère délégué à la famille, 2003
37. Gabel M., Jésus F., Manciaux M. Maltraitements institutionnels. Accueillir et soigner les enfants sans les maltraiter. Paris : Fleurus, 1998.
38. Morellec J., et al. Intérêt du travail pluridisciplinaire et interinstitutionnel dans le domaine de l'enfance maltraitée. Rev. Intern Ped., 1999, vol. 30, n° 294, pp. 5-8.
39. Pourtois J-P. Blessure d'enfant. La maltraitance : théorie, pratique et intervention. Bruxelles : De Boeck université, 1995.
40. Roussey M., Kremp O., dir. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Rueil Malmaison : Doin éd, 2004. 301 p. Coll. Progrès en Pédiatrie n° 17.
41. SANDERS MR, Markie-Dakks C, Tully J, Bor B., The Triple P – Positive Parenting Program : A comparison of enhanced, standard and self-directed behavioural family intervention for parents of children with early onset conduct problems. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000 , 68,624-640.
42. TREMBLAY RE et al. Physical aggression during early childhood : trajectories and predictors ;Pediatrics, 2004 jul ; 114(1), 43-50.

2 – Violence en milieu scolaire

e) Constat

De nombreuses études psycho sociales décrivent les formes de violence et les facteurs de risques dans les écoles du premier degré (1). D'après Debarbieux, pour les élèves, « *la violence est d'abord le manque de respect* » tant de la part des camarades que des enseignants.

Le recueil des phénomènes de violence par le Système Signa est accessible sur le site du Ministère de l'Education Nationale (2) : il concerne notamment 22 items pour une classification du type d'atteinte et de violence.

Mais on constate :

- des biais dans le recueil des signalements (basés notamment sur des informations déclaratives...),
- la difficulté de mettre en évidence les atteintes psychologiques,
- la subjectivité du signalement effectué par les écoles, qui reflète en partie le seuil de tolérance individuel et collectif. La pression exercée auprès des personnels pour stimuler leurs signalements afin d'obtenir des moyens supplémentaires ou au contraire limiter leurs déclarations afin de préserver une image positive de l'établissement auprès des familles et de l'institution représente une réelle violence institutionnelle.
- un système de recueil actuel qui ne rend compte que partiellement de la violence exercée par les adultes.

On constate que les difficultés (possibilité d'accéder à certaines formations institutionnelles ou interinstitutionnelles) et/ou l'isolement de l'enseignant sont peu pris en compte. Les aides existantes sont en effet plus généralement en direction de l'enfant que de l'enseignant. Les réseaux d'aide pour les enseignants ne sont ni généralisés ni repérés.

Les circulaires et plans contre la violence se succèdent sans réelle évaluation.

Recommandations

Devant ces différents constats, il est recommandé de :

- Etudier l'impact psychologique et comportemental sur des enfants considérés comme agressifs et faisant l'objet de décisions, telles que redoublement, changement d'école...
- Proposer une évaluation externe périodique des phénomènes de violence dans les établissements scolaires sélectionnés de manière aléatoire (le recueil ne doit pas être seulement déclaratif, stigmatisant par détermination de profils d'enfants, de familles, de quartiers...).
- Avoir une meilleure connaissance des sujets et des situations à risques : troubles du comportement, sujet en difficulté, handicap... requérant une forte capacité d'adaptation de l'enseignant avec la nécessité de :
 - *tenir compte de ce que l'intégration de certains sujets va générer (pour la classe, pour l'enseignant...) et nécessiter comme préparation spécifique,*
 - *d'avoir un meilleur repérage des sujets pour une meilleure prise en charge, mais en évitant l'effet pervers : enfant repéré considéré comme violent.*
- Proposer une recherche-action sur le thème de l'enseignant aux prises avec une classe difficile (se baser sur ce qui a été développé avec les familles maltraitantes, se faire des alliés de la famille...).
- Réfléchir à la proposition de réseaux d'aide pour l'enseignant (exemple de GASPARE, réseau mis en place avec succès dès 1986 à Lille).
- Développer et évaluer dans le premier degré, des dispositifs de formation et d'aide aux enseignants et aux établissements confrontés à des problèmes de violence.
- Rendre systématique l'évaluation des plans et des procédures de prévention et de gestion des situations de violence avant que ces derniers soient modifiés.

A partir des expériences et programmes réalisés aujourd'hui en milieu scolaire, plusieurs constats et recommandations peuvent être faits :

- Il est préconisé d'inscrire dans la *formation initiale et continue des enseignants*, de façon obligatoire, une réflexion sur les facteurs internes et externes à l'école, favorisant la violence et sur les principes de résolution des situations conflictuelles. La formation des maîtres orientée vers des savoirs faire et des savoirs être doit notamment :
 - *contribuer à favoriser une approche positive de l'enfant et des parents,*
 - *permettre aux enseignants d'être attentifs aux signes de mal-être manifestés par les élèves, et favoriser le travail en réseau avec d'autres professionnels.*
- En référence aux recommandations issues des travaux internationaux sur la prévention de la violence chez l'enfant, il est indispensable de susciter *des programmes associant le développement des compétences psychosociales des élèves*, notamment la gestion des conflits, l'implication des parents et la réflexion des enseignants sur leurs pratiques éducatives.

Plusieurs expériences prometteuses ont été citées :

- Un important travail d'évaluation d'un programme (3) et d'actions favorisant le développement de compétences sociales est en cours à Clermont-Ferrand avec mise en place de groupes témoins... A Lille, les écoles et les classes ont été prises comme leur propre témoin pour évaluer ce même programme, et le suivi de ce travail s'est déroulé sur plusieurs années. Il a été constaté une amélioration des comportements au niveau des élèves (diminution des scores d'agressivité et de retrait, augmentation de la socialité). Le programme a permis une libération de la parole. Des enfants ont évoqué indirectement des problèmes de maltraitance auprès des enseignants, ce qui suppose un travail préparatoire de formation et de gestion des situations. Ceux-ci ont été conduits à modifier leurs pratiques éducatives à travers la mise en œuvre du programme et contribuent à la réduction de climats agressifs, à la résolution pacifique des conflits et à la promotion d'une vie scolaire citoyenne.
- Il existe aussi un travail sur la médiation scolaire en région lyonnaise. Il concerne l'approche du conflit dans le milieu scolaire (prévention secondaire). Il est important de bien vérifier les conditions de ce programme.
- De nombreuses autres initiatives éducatives de gestion des conflits ont été rapportées (4)

Pour toutes ces expériences, le problème est de trouver les moyens de transmettre ce type de programmes aux enseignants.

Par ailleurs, les difficultés pour la mise en place de temps de formation restent importantes. Dans cette perspective, on regrette l'absence de formation spécifique des futurs enseignants dans la plupart des IUFM. Le champ de la violence en général, des stratégies de gestion des conflits et de prévention précoce à travers la pédagogie au quotidien en particulier, ne sont abordés que ponctuellement.

Enfin deux constats sont faits autour d'initiatives ou de programmes spécifiques :

- *L'accueil des familles lors de la première rentrée* est un moment clé. Il permet une écoute des parents, des difficultés avec les enfants, l'exploration des lieux et des personnes... Ce moment d'échanges peut les aider à devenir parents d'élèves et à se réappropriier l'école.
- Il est fait le constat que la prévention des violences sexuelles mobilise de nombreuses écoles qui mettent en place des programmes de type « mon corps, c'est mon corps ! ». Il y a sensibilisation générale avec mobilisation des enseignants et obligation de signalement.

Bibliographie

Enfance - Violence scolaire

• Appelée

43. Charlot B., Emin J-C, dir. *Violences à l'école. Etat des savoirs*. Paris : A. Colin, 1997. 410 p.
44. Note d'information du 04.25 : les actes de violence recensés dans SIGNA en 2003/2004
45. Fortin J. Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle. Paris : Hachette-Education, 2001.
46. Bayado B., Boubault D. *Pratiques éducatives non-violente*. Ed. C. L. Mayer, 2004.

• Sélective

47. Debarbieux E. *La violence en milieu scolaire*. ESF édit, 1999.
48. Doudin P-A. *Violences à l'école : fatalité ou défi ?* Bruxelles : De Boeck Université, 2000.
49. Ecole et santé mentale. Volume 2. Réagir contre la violence, le décrochage, le refus scolaire. Montréal : Hôpital Sainte Justine, 1997. pp. 468-740.
50. Note : Numéro de « Prisme : psychiatrie, recherche, et intervention en santé mentale de l'enfant », 1997, vol 7, n°3-4.
51. Favre D, Joly J. Evaluation des postures cognitives et épistémiques associées aux modes de traitement dogmatique et non-dogmatique des informations – application à l'étude de la violence et de l'échec scolaires. *Revue Psychologie et psychométrie*, 2001, vol. 22, n° 3-4, pp. 115-151.
52. Fortin L, Bigras M. Les facteurs de risque et les programmes de prévention auprès d'enfants en troubles du comportement. Montréal : Ed. Behaviora, 1996.
53. Fotinos G., Fortin J. *Une école sans violence ?* Paris : Hachette Education, 2000.
54. Leuenberger Zanetta S. Rapport final d'évaluation du projet intercantonal « développer une culture de la médiation à l'école ». Neuchâtel : IRDP, 2003.
55. Olweus D. *Violences entre élèves, harcèlements et brutalités : les faits, les solutions*. Ed. ESF, 1999.
56. Tremblay R.E, Pagani-Kurtz L, Masse L.E, Vitaro F, A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarden boys ; its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, vol. 63, n° 4, pp. 560-568.

3 – Violence et sport

Trois constats préalables :

- Le thème « Violence et Sport » ne fait pas l'objet d'études françaises récentes en dehors de quelques travaux assez isolés (1,2). Concernant les risques de comportement violent et l'impact sur la santé, il n'y a que quelques travaux « indirects ». La notion de violence est souvent évoquée par les experts dans le cadre de l'augmentation du nombre de cas en traumatologie mais ces études ne tiennent pas compte des phénomènes de violence dans les mécanismes de survenue des blessures : agressions ou troubles du comportement.
- Il y a de nombreuses lois qui portent sur ce thème mais elles ne sont généralement pas appliquées. Il en est de même pour les multiples chartes méconnues : chartes et recommandations par l'Académie Américaine de Pédiatrie (3-8), le Conseil de l'Ordre des Médecins, le Conseil de l'Europe, le Panathlon 2004, une charte fédérale... ou en Suisse un document fédératif sur « l'enfant et le sport » (9). Ces textes ne font l'objet d'aucune obligation d'application mais pourraient être diffusés auprès notamment des responsables d'établissement. Ces outils permettraient de cadrer et de donner des recommandations pour limiter les risques de l'entraînement sportif intensif (ESI) (10-12).
- Concernant ce dernier point, il est indispensable de différencier l'entraînement intensif de la pratique sportive précoce. Ces deux domaines n'impliquent, ni les mêmes risques, ni les mêmes catégories d'âge. Le Ministère des sports a défini l'ESI de la manière suivante. Pour les plus de 10 ans, il correspond à une durée de plus de 10 heures, tandis que pour les moins de 10 ans, cela équivaut à un entraînement de plus de 6 heures. Il faut donc bien faire la différence entre l'ESI classique qui touche un faible nombre d'enfants (environ 5000) et l'ESI en quelque sorte « dissimulé » qui concerne un nombre plus important de sujets (cumul d'éducation physique et sportive en milieu scolaire, de pratique dans de petits clubs plus ou moins « sauvages » ou avec les parents, les copains...).

Dans ce domaine, plusieurs publications font référence (7,11-15), la principale étant celle de l'Académie américaine de pédiatrie qui préconise six recommandations. Elles portent sur les risques de lésions musculo-squelettiques ainsi que sur les problèmes de nutrition, la puberté, le développement psychosocial lié à un entraînement intensif, l'adaptation thermique et cardiaque chez l'enfant.

Cette littérature a déterminé les principaux risques dus à un entraînement sportif intensif (ESI). Les plus courants et les plus visibles sont ceux d'origine traumatologique. L'ESI peut également engendrer des conséquences psychologiques et avoir des répercussions sur la croissance de l'enfant. Les risques nutritionnels sont possibles. A l'extrême, le dopage, les entraînements abusifs et la maltraitance peuvent être des effets de cet entraînement intensif.

Beaucoup de références bibliographiques ne prennent pas suffisamment en compte certains domaines, en particulier *les risques psychologiques*. Les experts n'ont d'ailleurs pas réussi à se mettre d'accord sur le type de bilan psychologique à mettre en place. Il est donc nécessaire de développer des études épidémiologiques sur les différents risques de la pratique sportive intensive et précoce (risques psychologiques, facteurs « précipitants » : violences verbales, pesées « toxiques » pour les sports par catégorie de poids...)... ainsi que sur la relation entre la violence et la pathologie (est-ce que ce sont des actes violents qui conduisent à la pathologie ?).

En France, des commissions d'experts dans le cadre d'une étude commanditée par le Ministère des Sports et coordonnée par le Docteur Paruit, ont étudiés certains risques spécifiques en rapport avec la violence et le sport. Les recommandations de cette étude ont servi de base pour la rédaction de la loi 2004 sur la protection du sportif. Elles insistaient sur la nécessité de mettre en place des études épidémiologiques dans la surveillance de l'entraînement intensif pour évaluer les prises de risques psychologiques, traumatologiques et les répercussions sur la santé. La loi 2004 donne aussi une obligation de surveillance des 5 000 enfants issus des filières de sport

de haut niveau, de l'INSEP et de POLES (structures d'entraînement). Pourtant, cette loi ne s'attache pas suffisamment à l'entraînement intensif au sein des familles et des clubs sportifs.

Il est important de rappeler que le risque principal de l'ESI est la traumatologie, mais il faut regretter la fragmentation de l'étude des accidents selon les sports. De plus, l'accidentologie ne met pas en lumière la place de la violence dans les traumatismes et ses mécanismes. Il est difficile de savoir si les accidents sont dus à des agressions, à des problèmes de gabarit inadapté ou à des risques psychologiques.

La *surmédiatisation* est également un facteur de risque et peut constituer une dérive au niveau de l'enfant. Elle impose donc des recommandations concernant les dangers des circuits de compétition : l'esprit de compétition favorise les conduites à risques. Il est nécessaire de noter les dangers et les dérives d'un esprit de compétition poussé à l'extrême. Les médias ont également un rôle à jouer dans ce domaine : donner une image positive des bonnes pratiques.

Il est donc nécessaire d'avoir une information des risques d'ESI auprès de toutes les personnes concernées, à savoir les enfants et jeunes sportifs eux-mêmes, les parents (association de pratiques sportives cumulatives par les parents n'ayant aucune culture à ce sujet), les éducateurs et les entraîneurs mais également les dirigeants, les médecins, les responsables d'établissements et les municipalités. Des études épidémiologiques sont nécessaires pour évaluer les différents risques en fonction de la catégorie d'âge. Il faut que l'information s'accompagne également d'une prise en charge. Enfin, *la prévention des risques implique la nécessité de références sur les bonnes pratiques* au sein des clubs, des structures loco-régionales et des municipalités.

Certains outils ont été créés au Ministère des sports dans le cadre du plan violence. Cette initiative est partie du constat (en 1999) de l'augmentation de la violence sur les stades. L'objectif était de faire diminuer cette violence de 40 %. Un Site extra net s'attache donc à la prévention de la violence dans le sport (partenariat réunissant officiers de police et jeunesse et sport) avec la mise à disposition d'outils destinés aux sportifs, aux dirigeants et aux familles. Ils sont regroupés dans une mallette qu'un référent, dans chaque département, peut donner à un dirigeant de club ou parfois un bénévole quand il y a eu un problème (prévention secondaire). La personne dispose ainsi d'un minimum de repères. Ce matériel est aujourd'hui insuffisamment utilisé. Il est donc recommandé de le faire connaître.

Il est nécessaire d'encourager la diffusion des informations sur la prévention des risques liés à la pratique sportive intensive par *une labellisation* (établissant des règles mais aussi la valorisation de ces recommandations de bonnes pratiques) :

- dans les différentes structures sportives (clubs...),
- lors des multiples manifestations sportives

La présence d'au moins un médecin du sport dans les centres d'entraînement serait aussi souhaitable.

Un point particulier concerne les frontières entre la maltraitance et les violences sportives. Plusieurs auteurs (16-34) assimilent sans autres précisions le sport de compétition, l'entraînement précoce et la maltraitance.

En effet, la question de la maltraitance et du sport doit être clairement identifiée :

- soit le contexte sportif est la cause de la maltraitance (coups en cas de défaite) ; dans ce cas, cela revient à la prise en charge et aux conduites à tenir classiques dans le cadre des dossiers de maltraitance ; sur ce point, il est important que les structures sportives soient mieux familiarisées avec les modalités de signalement.
- soit la pratique sportive s'effectue dans des conditions à risques pour l'organisme de l'enfant et répond dans un certain nombre de cas aux définitions de maltraitance (carence de soins, violence psychologique) ; ces situations ont été détaillées dans le cadre du consensus européen de Gan en 2004 (Panathlon 2004) par PARUIT (14).

La notion de maltraitance en sport ne doit donc pas être directement assimilée au thème de l'entraînement intensif.

Bibliographie

Enfance - Violence et sport

• Appelée

57. Choquet M., Ledoux S., Adolescents enquête nationale. Analyses et perspectives, Ed. INSERM. 2000, Paris. 345.
58. Choquet M. et al., Jeunes, Sport, Conduites à risques. Plaquette, 1998.
59. American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness. Risks in distance running for children. Pediatrics, november 1990. Vol. 86(n°5) : p799-800.
60. American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness. Triathlon participation by children and adolescents. Pediatrics, september 1996. Vol 98 (n°3) : p.511
61. American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness. Intensive training and sports specialisation in young athletes. Pediatrics, July 2000. Vol 106 (n°1): p. 154-157.
62. American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness .Medical concerns in the female athlete .Pediatrics, vol.106, n°3, sept 2000
63. American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness ICE HOK
64. American Academy of Pediatric. Committee on sports Medicine and Fitness. Strength training by children and adolescent. Pediatrics 107, n°6, 2001.
65. Etat de Genève. Service des loisirs de la jeunesse. *La Charte des droits de l'enfant dans le sport* [en ligne]. Genève : Service santé jeunesse, 2004 [consulté le 7/03/2005]. Disponible sur Internet : <http://www.geneve.ch/slj/Manifestations/chartescalad.html>
66. Gounelle de Pontanel H. Recherche d'un état nutritionnel optimal de l'athlète et dopage. Académie Nationale de Médecine, 1977. 161(5) : p. 386-387.
67. Gounelle de Pontanel H. Bilan final des activités du groupe de travail sur la médecine sportive et le dopage. Académie Nationale de Médecine, 1981. 165(1) : p. 127-128.
68. Gounelle de Pontanel H., Delmas A. Rapport sur l'entraînement intensif précoce et ses risques. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, n°7 1983. Séance du 18 octobre 1983.
69. Paruit MC. Les risques de l'entraînement intensif chez l'enfant sportif. In abrégés de Pédiatrie. Ed. Masson. Paris, 2001. Pédiatrie.
70. Paruit MC. Ethics in youth sport, analyses and recommendations - Vanden Auweele (ed.). Ed. Lannoo Campus. Louvin (Belgique) 2004.
71. Insep sport de haut niveau
72. Chabrol B, Jouve J-L, Bollini G. Le sport de compétition chez l'enfant : Education, Plaisir ou Maltraitance. In Roussey M, Kremp O. Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. Rueil Malmaison : Doin éd., 2004. 301 p. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17.
73. Personne J., Commandre F. and H. Gounelle de Pontanel, [Risks of early intensive sports training]. Bull Acad Natl Med, 1983. 167(3): p. 207-14.
74. Personne J., Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant. Ed de Noël, Paris 1987.
75. Personne J. Le sport pour l'enfant, ni records ni médailles, conseils aux parents. Ed L'Harmattan, Paris 1993.
76. Personne J. Anatomie d'un procès : Elodie Lussac contre la Fédération Française de Gymnastique. p. 1-17.
77. Personne J. Internats sportifs en URSS... à partir de l'âge de six ou sept ans. EPSS, 1977 Nov. : p. 19-28.
78. Personne J., Commandre F., and Gounel de Pontanel H, Sur les risques de l'entraînement sportif intensif précoce. Bull. Acad. Nat. Méd., 1983. 167(7): p. 208-214.
79. Personne J. Halte aux sorcières de l'enfance - Projet de loi et entraînement sportif intensif précoce. EPSS, 1983 Avril (1-22).
80. Personne J. Aucune perfection, aucune médaille, aucun record ne valent la santé d'un enfant. Hyper - EPS, 1983 Janvier (137): p. 37-41.
81. Personne J. Les finalités dans le sport de l'enfant et de l'adolescent - Les risques de l'entraînement sportif intensif précoce. AEFA, 1986 Juillet Août Septembre: p. 19-22.
82. Personne J. and G.D. Pontanel, H, Le Sport de haut niveau pour les jeunes et les interrogations qu'il pose. Médecine et Nutrition, 1988. 24(6): p. 369-370.
83. Personne J. Aucune médaille ne vaut la santé d'un enfant. Denoël - Bibliothèque INSEP. 1988.
84. Personne J. Les finalités dans le sport des jeunes et dangers de l'entraînement sportif intensif précoce. Réussir Education, 1990 Janvier (10): p. 28-31.
85. Personne J. Halte à l'intox de l'intensif précoce. Informations UFOLEP-USEP, 1990 Mai (240): p. 20-22.
86. Personne J. Dopage : des assassins dans les vestiaires d'enfants. AEFA, 1990 Octobre, novembre, décembre (117): p. 53-54.
87. Personne J. Le sport pour l'enfant - Ni records ni médailles - Conseils aux parents. - Préface du Professeur Jacques VILLIAUMEY. L'Harmattan - Bibliothèque INSEP, 1993.
88. Personne J. Sur les risques et méfaits des pratiques sportives intensives précoces. Fed. Internat d'E.P. (FIEP), 1996. 66(1): p. 14-19.
89. Personne J. Des petites filles dans de jolies boîtes. Sport et Vie, 1997 Mai Juin (42): p. 36-43.
90. Personne J. De l'activité physique au surmenage. L'enfant et la pratique sportive - Ed Masson - 1998: p. 29-35.

• Sélective

91. Actes du Séminaire Européen 5 et 6 Décembre 2000 Paris Pratiques sportives des jeunes et conduites à risques. Ed Ministère Jeunesse et Sport et mission interministérielle contre la drogue et la toxicomanie, 2001.
92. Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. Recommandation 1292 relatives à la participation des jeunes au sport de haut niveau. 1996.
93. Barrault D. Gagner en souffrant. Sport et vie. 1989 ;
94. Bizzini L., Ferrero R., Schnyder J. Les droits de l'enfant dans le sport. 1988: p. 1-6.
95. Carrier C. L'adolescent champion, contrainte ou liberté. Nodules, Ed. PUF. 1992.
96. Geiss S. L'enfant peut-il être victime d'un entraînement abusif ? Escrime Magazine, 1997 Novembre n°57, 34-35.
97. Laure P., Junkies Léglise M. L'enfant et la pratique sportive de haut niveau. Bulletin de l'Ordre des Médecins .Santé et Sport Spécial, 1996: p. 10-13.
98. Léglise M. Les limites de la pratique de haut niveau chez le jeune gymnaste. Conseil de l'Europe, 1997. Comité pour le Développement du Sport: p. 1-16.
99. Laure P. Dopage et société. Ed Ellipses, Paris, 2000.
100. Laure P. Conduites dopantes : quelques modalités de consommations de produits. Revue française des laboratoires, 2001, mars, n°331.
101. Loweinstein W. et al. Activités physiques et sportives dans les antécédents des personnes prises en charge pour les addictions. Ann Med Interne, 2000. 151(suppl.): p. A18-26.
102. Mac Donald R. Sports Medicine to day 1998 vol n°1.
103. Maffuli N. The growing child in sport. British Medical Bulletin, 1992. 48(3): p. 561-568.
104. Maffulli N. and Helms P. Controversies about intensive training in young athletes. Arch Dis Child, 1988. 63(11): p. 1405-7.
105. Maffulli N. and Pintore E. Intensive training in young athletes. Br J Sports Med, 1990. 24(4): p. 237-9.
106. Mandel C. Entraînement sportif intensif et risque traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Encyclopédie Médico Chirurgicale. Paris pédiatrie-4-103-Z-20-9 1985.
107. Paruit MC. Prévention du dopage chez l'enfant sportif. Cinésiologie, 1998 (179): p. 133.
108. Paruit MC. Risque de blessures et limites de l'entraînement intensif chez l'enfant. Cinésiologie .1999.
109. Paruit MC. Entraînement intensif de l'enfant, Cinésiologie 1999 n°185, 30-31.
110. Paruit MC. Entraînement précoce. Avantages, inconvénients. In L'enfant et le sport. Actes du colloque international des cadres techniques et sportifs Ed Assoc. Pour la recherche en activité physique et en sport. Cestas. France
111. Paruit MC. Entraînement intensif de l'enfant. Cinésiologie, 1999. 38 (185): p. 30-31. Paruit MC. Sport de haut niveau chez l'enfant .In les cahiers de l'INSEP. La santé du sportif de haut niveau n°31, 2001, 87-102.
112. Paruit MC. Sports et Santé : aptitude aux sports chez l'enfant, besoins nutritionnels. In Abrégés de Pédiatrie. Ed. Masson. Paris 2002.
113. Paruit MC. Sport et santé : aptitude au sport chez l'enfant – précaution et surveillance de la pratique intensive. Pédiatrie. Ed. Masson. Paris 2003(8), 91-100.
114. Pautot M. Témoignage d'Elodie Lussac championne d'Europe de Gymnastique, le calvaire de Dortmund. Légisport nov déc. 2000, 4.
115. Rieu M., et al. L'adolescent et le sport de compétition. Gazette médicale, 1985. 92(1): p. 41-49.
116. Rutenfranz J. Long term effects of excessive training procedures on young athletes. European Group of Pediatric Work Physiology. Idrotts Medicine n°4, 1983.
117. Ryan J. Little girls in pretty boxes. The making and the braking of elite of gymnasts and figure skaters. New York, NY: Warner Books; 1996.
118. Sempé P. L'enfant victime d'entraînement abusif. Annales de Pédiatrie 1996 ,83 ,6 ,440-445.
119. Thémar Noel C. Surmenage physique chez l'enfant et l'adolescent : aspect orthopédique. Entretiens de Bichat, Médecine du sport 1996. Ed Expansion scientifique, Paris, France 1996.
120. Turblin P., Grosclaude P., Navarro F., Rivière D., Garrigues M. Enquête épidémiologique sur le dopage en milieu scolaire en Midi-Pyrénées. Sci. Sports 1995, 10 : 87-94.
121. Veesev G. The battered child athlete. International Herald Tribune 10,1980

Bibliographie sélective

Enfance - Général

123. Balençon M, Roussey M. L'accueil des enfants maltraités : évolution des textes et des structures. In Roussey M., Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil Malmaison : Doin éd., 2004. 301 p. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17.
124. Balençon M, Kremp O, Roussey M. La parole de l'enfant révélant un abus sexuel. In Roussey M., Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil Malmaison : Doin éd., 2004. 301 p. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17.
125. Balençon M, Hervé T, Branger B, et al. Le danger des secousses à enfants : enquête prospective auprès des familles et des professionnels. Vers une stratégie de prévention. *Arch Pédiatr*, 2003, 10 suppl 1, 310s.
126. Balençon M, Landais-Poilane H, Morellec J, et al. Maltraitance à enfants entraînant un retrait d'agrément d'assistante maternelle. *Arch Pédiatr*, 2002, 9 suppl 2, 315s.
127. Bouvier P, Halpérin D, Rey H, et al. Tipology and correlates of sexual abuse in children and youth : multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. Article in *Child abuse and neglect*, 1999, vol 23, n° 8, pp 779-790.
128. Bouvier P. Renouveler la prévention : quelques réflexions à la lumière de la résilience. *Enfance Majuscule*, septembre-décembre 2003, n° 72-73,.
129. Bouvier P. Prévenir les conduites à risque : Alerte, jeux dangereux ! *Journal L'Ecole*, décembre 2003
Note : à destination des parents et des élèves des écoles de Genève.
130. Bouvier P. La violence et les jeunes : du respect aux droits. Extrait de *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. In Roussey M., Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil Malmaison : Doin éd., 2004. 301 p. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17.
131. Bouvier P, Froidevaux D, Reith J, et al. Le « Réseau Respect » de Genève – promouvoir la participation et prévenir la violence dans les écoles et les quartiers. Document P. Bouvier – SSJ/RESPECT 11, août 2004, séminaire violence, 4 p.
132. Bouvier P. Abus sexuels et résilience. In Poilpot M-P, dir. *Souffrir mais se reconstruire*. Ramonville Saint Agne : Erès ; Fondation pour l'Enfance, 1999. pp. 125-162.
133. Bouvier P. La prévention du suicide : au cœur de l'éthique. La bande dessinée « no suicide », ou comment une école lance une action. *Revue Spirale*, 2001, n° 1, pp. 62-65.
134. Chasle-Bernier V, Balençon M, Roué-Guérin C, et al. L'enfant victime de sévices : à propos de 187 cas. *Arch Pédiatr*, 2001, 8 suppl 2, 534s.
135. Chevrant-Breton O, Paysant F, Roussey M, et al. Examen clinique de l'enfant agressé sexuellement. *Rev Intern Ped*, 1999, n° 30, 63-7.
136. Dumaret A-C. Accompagnement des intervenants médicopsychosociaux et collaboration des parents et des familles d'accueil dans l'éducation des enfants. [accepté pour publication dans *Pratiques psychologiques*].
137. Dumaret AC. Evaluation de prises en charge précoces et d'interventions médico-sociales auprès de familles « à risque » - Analyse d'une démarche exploratoire. In *Santé mentale du jeune enfant : prévenir et intervenir*. Ramonville Saint Agne : Eres 2004. pp.127-137.
138. Danel P, Levaufre I, Ponsot L. Le généraliste confronté aux troubles du sommeil de l'enfant. *Le Concours Médical*, 03.02.1996, p 118-05.
139. Esch R. Le mineur victime de maltraitance sexuelle – le rôle du Parquet. In *Les sévices sexuels sur les enfants*, éd. Erès, [s.d.].
140. Goy Letondor H. Réunion de travail du 14 juin 2004, Centre hospitalier de Lons le Saunier dans le cadre de l'inauguration du local d'audition des mineurs victimes de maltraitance par Mme Corinne Perben. Lons le Saunier : OJEVIM (Observatoire Jurassien de l'Enfance Victime de Maltraitance), 2004. 14 p.
141. Goy Letondor H. *Journée d'études du 26 novembre 2004 à Lyon. Comment créer les unités d'accueil pour les enfants victimes*. Lons le Saunier : OJEVIM (Observatoire Jurassien de l'Enfance Victime de Maltraitance), 2004. 19 p.
142. Guitton C. Le projet ISMENE : deux thérapeutes familiales au commissariat de police. Boulogne Billancourt : espace Famille 92, [s.d.].
143. Halpérin D. Médecine et violence – L'expérience d'une consultation spécialisée en milieu hospitalier. *Stress et Trauma*, 2002, 2 (4), pp. 205-211.
144. Jardin F. Projet d'action-formation-recherche sur la prévention des comportements violents ou de retrait des enfants de moins de trois ans dans les lieux d'accueil collectif non permanent. [Document confidentiel].
145. Lamboy B. Pour une prévention précoce des troubles des conduites. Direction des affaires scientifiques, INPES. [soumis à la revue « Devenir »], [s.d.].
146. Lecomte J, Manciaux M. De la maltraitance à la bientraitance par la résilience. In Roussey M., Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil Malmaison : Doin éd., 2004. 301 p. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17.
147. Legrand D, Roussey M. La parole de l'enfant en justice. *Rev Intern Ped*, 1999, n° 30,294, pp. 31-6.
148. Morellec J, Le Bohec J, Legrand D, et al. Intérêt du travail pluridisciplinaire et inter-institutionnel dans le domaine de l'enfance maltraitée. *Rev Intern Ped*, 1999, n° 30, 294, pp. 5-8.
149. Morellec J, Roussey M. Epidémiologie de l'enfance en danger. *Rev Intern Ped*, 1999, n° 30, pp 54-62.

150. Morellec J, Balençon M, Roussey M. Le réseau PMI-Hôpital pour la prévention précoce et la prise en charge de la maltraitance en Ille et Vilaine. In *Les journées parisiennes de pédiatrie*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2002.
151. Naves P, Briand C, Oui A. Pour et avec les enfants et adolescents, leurs parents et les professionnels – contribution à l'amélioration du système français de protection de l'enfance et de l'adolescence. Juin 2003, *rapport*.
152. Néguin-Rambeau C, Chiron R, Coatmelec B, et al. Croyances des parents, répercussions chez les enfants. *Rev Intern Ped*, 1999, n° 30, 294, pp. 25-30.
153. Normand CL, Vitaro F, Charlebois F. Impliquer les parents dans la prévention précoce [en ligne]. *ISUMA : revue canadienne de recherche sur les politiques*, 2000 [consulté le 7/03/2005], vol. 1, n° 2, pp. 45-50. Disponible sur Internet : <http://www.isuma.net/v01n02/normand/normand_f.pdf>
154. Roussey M, Balençon M. La valeur de la parole de l'enfant dans les situations d'abus sexuel. *Rev Intern Ped*, 1999, n° 30, 294, pp. 9-14.
155. Roussey M, Bretaudeau G, Treguier C, et al. Les problèmes diagnostiques de l'enfant secoué. *Rev Intern Ped*, 1999, n° 30, 294, pp. 15-24.
156. Roussey M, Kremp O, Bost M. Progrès en pédiatrie sociale : l'enfant dans son environnement. *Club International de Pédiatrie Sociale*. [Sommaire d'ouvrage], [s.d.], [s.l.].
157. Roussey M, Morellec J. Les enfants victimes de sévices. *Rev Intern Ped*, 1999, n° 30, pp. 75-85.
158. Roussey M, Treguier C. Y a-t-il toujours de la malveillance lorsqu'on secoue un enfant ou comment reconnaître la maltraitance ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1999, n° 47, pp. 255-8.
159. Tremblay R-E, Nagin D-S, Séguin J-R, et al. Physical aggression during early childhood : trajectories and predictors. *Pediatrics*, July 2004, vol.114, n°1, pp. e43-e50.
160. Tremblay R-E. L'origine de la violence chez les jeunes. *Revue canadienne de recherche sur les politiques*, automne 2000.
161. Tursz A. La maltraitance dans l'enfance : peut-on mesurer la magnitude du problème en France ? A partir de quelles données épidémiologiques ? In Roussey M., Kremp O. *Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement*. Rueil Malmaison : Doin éd., 2004, 301 p. Coll. Progrès en Pédiatrie, n° 17.
162. TURSZA, CROST M, GERBOUIN-REROLLE P. La maltraitance dans l'enfance en France : quels chiffres, quelle fiabilité ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 ; 51 : 439-444.
163. TURSZA, GERBOUIN-REROLLE P, Crost M, Baer P. Étude des conséquences graves de la maltraitance méconnue dans l'enfance. Rapport final à la Direction Générale de l'Action sociale. Paris, 2002. Inserm U502/Cermes. 63 pp + Annexes.
164. VABRE F., L'action publique contre la maltraitance des enfants. Eléments pour une approche de sociologie politique comparative sur les cas français et espagnol. Ecole Normale supérieure de Cachan, Groupe d'analyse des politiques publiques, Dossier d'étude n°65, Février 2005 (2^{ème} prix CNAF 2004).
165. Ministère de l'Education Nationale – Direction de l'enseignement scolaire (desco). *Prévention et traitement des violences sexuelles*. Ecole Collège Repères, CNDP, Février 2002.
166. Délégation Interministérielle à la Famille. Exposition des mineurs utilisateur d'Internet à des formes de violence, notamment à caractère sexuel. 2004, [document 7 p.].
167. Programme Régional de Santé, maltraitance – enfants en danger – 1998 – 2003 Bilan et Perspectives. Actes de la réunion, bilan du PRS, 2 octobre 2003. DRASS de Midi-Pyrénées.
168. CODES Seine-Saint-Denis. Violence ... (contre soi, contre les autres) ... une problématique d'éducation pour la santé) : dossier documentaire, 2^{ème} journée départementale d'éducation pour la santé. CODES Nanterre, 2004.
169. Lutte contre la violence en milieu scolaire et renforcement des partenariats. *Bulletin Officiel de l'Education Nationale*. Hors-série, n° 11, 15 octobre 1998, pp. 1-28.
170. Régie Régionale de la santé et ses services sociaux Bas-Saint-Laurent. *La prévention de la violence faite aux femmes et aux enfants. Une approche de sécurité des personnes. Expérience québécoise*. Notes dans le cadre du séminaire de coopération France-Québec, octobre 1999, 14 p.
171. Conseil National de l'aide aux victimes. *La prise en charge des victimes en urgence – Rapport*. Paris : Ministère de la Justice, octobre 2000.
172. Direction des affaires criminelles et des grâces. Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques. Publication Ministère de la Justice, décembre 2003.
173. Charte de l'enfant scolarisé. Document.
174. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. *Brutalités et harcèlement physique et psychologique exercés sur des enfants par des personnels du ministère*. Rapport octobre 2004.
175. Canada : Santé Canada. La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé. Rapport août 1998.

En résumé, 14 recommandations prioritaires pour l'enfance

Maltraitance

- Elles découlent, d'une part, du constat de dysfonctionnements loco-régionaux, et d'autre part, d'initiatives qui apportent des résultats satisfaisants :
- Favoriser des études épidémiologiques des formes graves de maltraitance non signalées et des recherches multicentriques des pathologies traceuses (type hématomes sous-duraux)
- Réduire rapidement les disparités départementales en harmonisant les systèmes en place sur l'ensemble du territoire national.
- Réaffirmer auprès des institutions et organismes (dont les collectivités territoriales départementales) l'obligation légale d'appliquer les textes réglementaires relatifs à la maltraitance des mineurs
- Stimuler l'interdisciplinarité à partir de guides de bonnes conduites à définir en commun (conférence de consensus) et de formations communes pour différentes catégories de personnels aptes à effectuer correctement un signalement - y compris en milieu socialement favorisé -, (notamment à repérer les enfants secoués, les victimes d'abus sexuels) et à les prendre en charge.
- Faire effectuer par un "tiers neutre" l'évaluation des dispositifs régionaux, départementaux et locaux (pôles régionaux, cellules départementales...) de prise en charge de la maltraitance des mineurs et des actions de prévention s'y rapportant.
- Apporter un soutien à la parentalité à travers notamment des structures passerelles, des centres d'appels et de soutien aux parents agressifs, des programmes précoces favorisant la socialisation des enfants, en particulier la gestion progressive des conflits interindividuels à partir du développement de compétences psycho sociales.

Violence scolaire

- Optimiser le recueil administratif des actes de violence par un croisement avec les résultats d'évaluations externes ponctuelles et périodiques.
- Etudier auprès des enfants repérés comme agressifs le retentissement psychologique et comportemental de décisions d'orientation telles que redoublement, **orientation en classes spécialisées**, changement d'école...
- Mettre en oeuvre une méta analyse des stratégies et outils initiés par les établissements scolaires pour prévenir et gérer la violence à l'école (démarches internes à l'établissement et démarches partenariales communautaires).
- Favoriser la mise en place effective des processus qui font la preuve de leur efficacité, notamment le développement des compétences sociales.
- Rendre obligatoire en formation initiale des enseignants, la connaissance des processus et facteurs de risque de violences ainsi que la gestion des conflits.

Violence et sport

- Favoriser l'étude des processus et de l'impact des violences psychologiques (pression de l'entourage familial, sportif et médiatique) sur les traumatismes du jeune sportif.
- Etudier les risques d'Entraînement sportif intense (ESI) en fonction de l'âge et favoriser le repérage de l'ESI « dissimulé ».
- Evaluer et diffuser auprès de l'ensemble des personnes concernées les référentiels de bonnes pratiques sportives existants.

La particularité de l'adolescent est qu'il dérange continuellement, en particulier les adolescents transgressifs. Cette situation engendre une perpétuelle remise en question des pratiques. Il y a souvent une tension entre la volonté de traiter les situations individuelles et la mise en place de dispositifs collectifs. Par ailleurs, les points communs entre la violence et la santé sont souvent sous-estimés. Devant une certaine difficulté à agir, un souci constant doit être d'apporter de la considération aux professionnels. Sur les causes de la violence chez les jeunes, il faut donc convoquer le regard des adultes pour décoder les choses. Il existe un parcours antérieur à l'acte de violence chez l'auteur : les échecs scolaires, l'absentéisme...ne sont pas identifiés comme souffrances psychologiques mais ce sont pourtant des signes avant-coureurs. Il est difficile de reconnaître dans les comportements violents la vulnérabilité pourtant bien présente. Ces facteurs qui entraînent vers l'acte de violence sont bien connus : états carenciels, dysfonctionnements familiaux (jeunes dans des familles ayant un problème de consommation excessive d'alcool)...

1 – Etudes et recherches

Les auteurs de violence ont souvent été victimes eux-mêmes comme l'a souligné le rapport INSERM de 1998. Ce lien n'est pas obligatoire mais privilégié. Par exemple, il a été montré que 12% des anciennes victimes deviennent auteurs d'actes pédophiles ou d'agressions sexuelles.

La souffrance de l'auteur (dépression, idées suicidaires...) est une idée encore peu explorée. Dans le système scolaire, l'auteur est puni mais sa souffrance n'est pas prise en compte. Il paraît donc nécessaire de sortir de la logique dichotomique auteur/victime. La différenciation entre jeunes violents et jeunes souffrants est peut-être une mauvaise distinction. Ne faudrait-il pas parler de « jeunes violents souffrants » ?

Dans l'approche de la violence des adolescents, il est essentiel de distinguer les adolescents qui présentent des troubles internalisés et ceux qui ont des symptômes externalisés (= ceux qui passent à l'acte). Les premiers ne doivent pas être négligés même si ces troubles sont parfois plus difficiles à identifier. Par ailleurs, les travaux qui font le lien entre souffrance psychique et passage à l'acte manquent.

Etudes et recherches : les adolescents violents et les facteurs de vulnérabilité

- **Ce sujet a donné lieu à de nombreuses études mais il apparaît néanmoins certains manques :**
- Il est nécessaire de développer des travaux transversaux. Les données doivent être mises en commun entre institutions qui traitent d'un public commun. En effet, la complexité du problème implique une vision globale et une meilleure coopération des organisations.
- Il faut procéder à un recensement de programmes de recherche sur le lien entre la violence et la souffrance psychique ainsi que les rapports entre les auteurs et les victimes. Si tous les enfants maltraités ne deviennent pas violents pas la suite, il semble que la majorité des enfants violents aient subi des formes de maltraitance. Les victimes peuvent être directes et indirectes, comme les témoins de violence qui se trouvent dans des situations de précarité et d'isolement culturel.
- Des recherches doivent être menées sur les facteurs de risque susceptibles de générer une violence, qu'ils soient familiaux, contextuels ou culturels.
- Enfin, des recherches phénoménologiques et anthropologiques sur la violence permettraient une réflexion approfondie sur les représentations et l'ouverture des secteurs de recherche inexplorés comme les garçons victimes d'agressions sexuelles ou les handicapés. Un point particulier pourrait traiter des parents victimes : certains adolescents appellent au secours en agressant leurs parents. De plus, on manque d'informations sur

les effets de cascade : comment, à partir d'une pression sociale, l'enfant devient auteur de violence sur ses proches.

Etudes et recherches : les adolescents victimes de violence

- **Il est important de rappeler que :**
 - la notion de victime n'existe pas avant le jugement au procès, on parle de plaignant et non encore de victime.
 - pour les victimes d'abus sexuels, plus la plainte est déposée tôt, plus les proches accordent du crédit aux confidences de la victime, et le pronostic santé est meilleur.

- **Plusieurs thèmes d'études sur les victimes adolescents font l'objet d'un nombre réduit de travaux :**
 - Il y a un manque de recherches sur *le lien entre la violence et la santé* concernant les victimes ainsi que pour certaines tranches d'âge qui échappent souvent à la prise en compte d'un statut de victime, comme *les grands adolescents ou les jeunes adultes*. Par ailleurs, il faudrait mieux identifier :
 - *les conséquences sur la santé (pathologie suicidaire, troubles alimentaires...) des carences et abandons dans l'enfance,*
 - *les « dégâts sanitaires » somatiques et psychologiques de violence comme les mutilations sexuelles,*
 - *l'impact sur la santé de jeunes filles (par exemple issues de l'immigration) qui n'ont pas respecté la tradition et qui sont exclues à cause de leur choix.*
 - *Les études sur la violence au sein du groupe* comme la famille, la fratrie ou les pairs mais aussi l'adolescent victime de son propre groupe d'appartenance, manquent. Sur le plan de la famille, il y a peu de travaux sur le lien entre certains comportements violents d'adultes envers les enfants, comme *les divorces des parents*, et les conséquences, plus tard, à l'adolescence, de cette violence sur le comportement du jeune.
 - *La situation de handicap ou de maladies mentales* chez l'adolescent est également à étudier. En effet, les signalements de mauvais traitements faits ou subis par des sujets handicapés ne sont souvent pas reconnus (*faire le lien avec les groupes « dépendance » et « santé mentale »*).
 - Il y a un manque d'indicateurs fiables pour rendre compte de *la violence subie au plan psychique ainsi qu'au plan institutionnel (faire le lien avec les groupes « santé mentale » et « institution »)*.
 - *La violence de genre* doit également être prise en compte (*faire un lien avec le groupe « genre »*). Par exemple, le besoin de travaux sur le rôle du père dans la violence des adolescents est nécessaire, malgré l'existence de certaines études sur ce sujet et sur celui du garçon adolescent en tant que futur père. Il manque aussi des recherches concernant les filles violentes en tant que futures mères. Cette insuffisance est peut-être liée au fait que la violence au féminin paraît moins dérangeante que celle au masculin, les filles ayant davantage recours à la violence indirecte. Il existe sans doute un danger de centrer le problème de la violence sur les hommes. Que font les filles de leur passé de témoin, de leur futur de mère... ? Il manque d'ailleurs des travaux sur les mères maltraitantes.
 - Il est nécessaire de procéder à un état des lieux précis de ce qu'on appelle *les micro violences* comme les violences verbales, les intimidations, les harcèlements et les agressions indirectes.

Etudes et recherches : les adolescents victimes d'une exigence de performance

- **Plusieurs domaines sont à explorer :**
 - La littérature manque de recherches sur *la situation sanitaire des adolescents confrontés à des exigences de performance trop élevées*. Il est nécessaire de connaître l'impact de ces exigences sur leur devenir social et professionnel. Par exemple, la situation spécifique engendrée par la première année de faculté et l'échec avec l'enclenchement souvent d'une spirale de ruptures.

- Des recherches doivent être entreprises sur le lien entre *l'exigence de performances sexuelles (1) et l'augmentation des conduites à risques qui a été constatée récemment*. Par exemple, il manque des études sur les violences sexuelles dans le sport de haut niveau,
- Il est recommandé également l'étude des tranches d'âges intermédiaires comme les grands adolescents et les jeunes adultes. L'impact sanitaire généré par leur situation de grande vulnérabilité doit être mesuré. En effet, l'âge de la majorité peut avoir des effets pervers : les moins de 18 ans sont très protégés contrairement aux plus de 18 ans. *L'autonomie du jeune risque donc d'augmenter sa vulnérabilité.*
- Il est également important d'en savoir plus sur *les jeunes enfants trop responsabilisés et parentifiés*, quel impact au plan sanitaire ? En effet, il existe dans la société actuelle une exigence de performance qui fait que l'on demande aux jeunes de prendre beaucoup de décisions par eux-mêmes, ce qui donne moins de place aux parents. L'adolescent doit définir ses priorités, ses choix et s'il se trompe, il ne trouve plus de figure externe pour se rebeller. Il ne peut plus en vouloir qu'à lui-même et donc il y a risque d'autodestruction, l'adolescent s'inflige des violences.

2 – Expériences et programmes

Les expériences et programmes répondant à des critères méthodologiques précis sont peu nombreux et souvent présentés sous le terme « de dispositif », « d'expérience » ou « de projet » et non « de programme » avec une véritable évaluation.

Expériences et programmes : les adolescents violents et les facteurs de vulnérabilité

La plupart des actions de prévention s'adressant aux auteurs concerne aussi les victimes.

- **Trois types de programmes de nature très différente sont cités :**

- *Les pratiques de visites à domicile* d'intervenants sociaux seraient à développer en raison du « syndrome de la porte fermée ». Ce qui se passe dans les milieux privés est mal connu et l'aspect individualiste de la société fait que des violences ayant lieu dans les familles ou milieux privés, détectées par des personnes externes ne sont pas identifiées. De plus, il existe le problème de la coopération des familles maltraitantes.
- *Le site Internet www.ciao.ch* (en Suisse) où l'adolescent peut poser des questions et obtenir une réponse d'un professionnel, d'un expert, peut être une réponse adaptée. Les internautes peuvent aussi lire les questions et les réponses en ligne.
- Il en est de même pour *le site Internet filsantejeunes.com* (en France) complétant le n° vert Fil Santé Jeunes, financé par l'INPES et la DGAS en lien avec le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.
- *L'art et le dessin* peuvent favoriser l'expression et prévenir la violence.

- **Plusieurs programmes ont été présentés visant les auteurs de violence :**

Un exposé a été fait par Mme ZAGUI-ROSSI du programme de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), en particulier dans le déploiement d'une politique de santé mentale. La PJJ a pour but de limiter les récidives des comportements violents, de soutenir les professionnels qui rencontrent les jeunes violents et de privilégier le travail en partenariat. Ce programme fait donc le lien entre violence/souffrance et nécessité de soins spécifiques. En effet, les situations de violence dans les familles, les internats, les cités, les écoles trouvent souvent leur origine dans les traumatismes qui remontent à l'enfance : antécédents de maltraitance par carences, négligences d'adultes, violences, souffrances psychologiques... Les troubles de la personnalité et comportementaux sont masqués par un comportement délictuel. Il y a donc une relation importante entre acte de violence et souffrance de l'auteur de violence. Un des objectifs du programme est d'inscrire les mineurs dans des soins avec une visée curative et préventive par rapport à la récidive (responsabilisation du jeune par rapport à ses actes).

L'Education Nationale se préoccupe quant à elle de soutenir les adultes, en particulier les enseignants, de reconnaître leurs difficultés et de leur proposer des outils de repérage et d'intervention afin d'améliorer l'articulation entre les réseaux. Il existe aussi un travail sur *un guide d'intervention* pour les acteurs du milieu scolaire dont l'évaluation est prévue par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies). La démarche promue n'est pas centrée sur une problématique particulière, une question ponctuelle. Elle a une vocation plus large, c'est un dispositif qui traite et prévient des problèmes de différentes natures dont la violence.

Il y a toute une série d'expériences de prévention en direction des auteurs de violence. La liste n'est pas exhaustive mais comprend le programme « la violence, parlons-en » ainsi que certains programmes régionaux de santé (PRS). Les REAP (Réseau d'Ecoute, d'Accompagnement et d'Appui des Parents) et les Projets d'Activités Emplois Jeunes (PAEJ) s'adressent également aux adolescents violents. Ils sont aussi présents dans les volets santé de la politique de la ville et les programmes des missions locales. Les expériences, comme celles de Roubaix (des anciens délinquants « cherchent » des jeunes qui vont passer à l'acte, basculer dans la violence dans des lieux spécifiques comme des cafés...qu'eux-mêmes ont connu pendant leur période de délinquance) et Dieppe (école des parents à destination de mères qui voulaient que leurs enfants soient placés), traitent également de ce sujet. Le groupe a retenu aussi la Bande Dessinée suisse « émoi...et toi ? » qui aborde la question des adolescents violents.

- **Plusieurs constats peuvent être faits à partir de ces expériences :**

Il est nécessaire de plus prendre en compte *les parents* dans ces programmes.

Des recommandations organisationnelles peuvent être faites. *Il faut avoir davantage de continuité dans le temps.* Des contrats et des conventions doivent donc être établis. Les partenaires extérieurs sont importants mais il faut être vigilant sur la cohérence entre l'initiative locale et les préconisations régionales ou nationales. *Un comité de pilotage* pourrait jouer ce rôle d'articulation et veiller à accompagner les programmes dans la durée et à éviter les actions ponctuelles et incohérentes.

Expériences et programmes : les adolescents victimes de violence

- **Plusieurs constats sont faits :**

- Il faut savoir qu'il y a *un risque d'un effet inducteur* quand *les actions sont trop ciblées*, avec plus d'agressions réelles ou signalées dans l'année qui suit.
- En milieu scolaire, les actions visant à renforcer *l'estime de soi* chez les adolescents avec des outils et des techniques spécifiques sont souvent bénéfiques mais possèdent néanmoins certains inconvénients lorsque leur mise en œuvre ne se fait pas dans un cadre de recommandations de bonnes pratiques validées. La formation des professionnels est donc indispensable pour développer leurs compétences sur cette approche. Ces formations doivent être cohérentes avec le projet de l'établissement.
- De façon générale, *il faut renforcer les compétences des professionnels* pour guider les jeunes, les prendre en charge. Pour ce faire, il y a le rôle clef des personnes relais et des structures passerelles pour que les jeunes ne soient pas renvoyés seuls vers une autre structure ou vers une autre personne quand ils viennent parler de leurs difficultés.
- Les programmes de prévention *des abus sexuels* facilitent les révélations mais ne rendent pas l'adolescent invulnérable. Ils favorisent plutôt une certaine disponibilité et une meilleure écoute des autres.

- **Concernant les conditions d'accueil de la victime :**

- *Le guide des bonnes pratiques* édité par la direction des affaires criminelles et des grâces doit être connu des professionnels et des parents. L'accueil de ces derniers est à privilégier tout comme la prise en compte précoce de la victime et son orientation adéquate grâce à un travail en réseau.

- Une vigilance particulière doit être portée *aux jeunes qui reçoivent une confiance*. Ils doivent trouver un relais auprès d'adultes compétents, de cela dépendent les effets positifs des actions et du soutien entre pairs.
- Les jeunes doivent être sensibilisés sur la fréquence des liens de connaissance entre agresseur et victime.
- *Souvent, il n'est pris en compte que la victime directe*. Or il faudrait s'intéresser davantage à la santé de la fratrie de la victime ou des témoins d'agressions, d'événements graves.

Expériences et programmes : les adolescents victimes d'une exigence de performance

- **Plusieurs constats sont faits :**

- La performance est une valeur positive mais le problème c'est « le trop ». Il faut amener du signifiant « santé » : ne pas permettre n'importe quoi.
- Les lois étant les mêmes pour tous, *le droit commun, les règles de protection de l'enfance et les règles éthiques doivent s'appliquer dans tous les contextes de performance*, par exemple à l'INSEP (pour la violence liée aux exigences sportives) ou dans les classes préparatoires (pour la violence liée aux exigences scolaires).
- *Il est important d'ouvrir les dispositifs communs à tous*, en particulier aux jeunes relevant de la PJJ, missions locales, pour éviter qu'ils soient aux prises avec leurs propres exigences de performance et les risques qui en découlent.
- Il conviendrait d'être plus attentif à *la consommation de médicaments et de produits licites ou illicites* dans le contexte d'exigence de performance.
- Il y a le problème des enfants qui se sentent chargés de *répéter* l'histoire des parents, de *réparer* une histoire personnelle de leurs parents ou de *réaliser* le rêve de leurs parents. Trop souvent, il y a une sous-estimation de ces problèmes et de leurs conséquences. qui demandent un travail en partenariat entre les établissements scolaires, les parents et les élèves pour améliorer ou résoudre ces problèmes.
- *Les parents et les professionnels sont complices* de l'excès s'ils le cautionnent. Ceci a des conséquences sur la santé somatique et psychologique des jeunes.

- **Des recommandations sont formulées :**

Il est proposé d'établir des chartes comme celle des droits de l'enfant dans le sport en Suisse (<http://www.geneve.ch/slj/Manifestations/chartescalad.html>). Cette dernière pose comme principes, la sécurité, la santé et le respect. En effet, il existe :

- un droit à faire du sport (par exemple pour les enfants handicapés),
- un droit à faire du sport en sécurité,
- *un droit d'être ou non un champion.*

Il faut privilégier *le jeu gratuit* et former les encadrants et les parents dans ce sens. Il y a des cas d'enfants qui échouent à l'école et qui, pour cette raison sont privés de jeu. Dès le plus jeune âge, il faut être performant, rentable. Il n'y alors pas de jeu gratuit. Il serait donc important « éduquer » les parents qui sont à l'origine de ce type d'interdiction : performance, recherche d'une maîtrise absolue, pas de place au jeu, à la rêverie, au principe de plaisir...(2).

Les élus doivent également être mobilisés, en particulier pour « les jeunes marginaux », eux aussi aux prises avec l'exigence de performance (franchir les obstacles de l'insertion, sortir du cercle vicieux de l'exclusion..). Or, les publics jeunes des missions locales ne sont souvent pas acceptés dans les associations sportives de droit commun. Le même problème est constaté à la PJJ. Il existe un rejet social du jeune violent. *Ces jeunes font alors du sport sans encadrement*. Il faudrait pouvoir mettre ces adolescents dans un dispositif « normal » avec des éducateurs sportifs en lien avec des professionnels spécialisés.

Il est nécessaire d'étudier *les conséquences sanitaires pour ceux qui sont rejetés du système d'excellence* et de développer des études sur la santé des sportifs de haut niveau et des élèves des classes préparatoires.

Il est nécessaire d'accorder un droit d'intervention dans l'univers clos de la performance sportive. Parfois, la famille se rend complice des violences de certaines fédérations car on lui fait miroiter un rêve et elle pense qu'il y a un prix à payer pour ce rêve. Des parents sont alors pris en otage par une fédération qui les manipule pour ne pas que la violence soit dénoncée. Il y a cumul de niveaux d'agressions sur le jeune. Les parents deviennent agresseurs pour ne pas sacrifier la carrière de l'enfant. Par ailleurs, il arrive parfois que les parents restent proches du jeune tant qu'il réussit puis l'attention pour ce jeune disparaît quand il n'est plus performant.

3 – Organisation

Les adolescents se heurtent à l'absence (ou l'insuffisance) de liens entre les partenaires intervenant auprès d'eux. D'ailleurs, les adolescents qui ne vont pas vers les structures sont ceux qui n'en sentent pas la cohérence. Il existe alors des problèmes de ruptures dans le suivi du jeune violent. Il faut donc observer comment l'adolescent va se saisir du partenariat, car l'adolescent teste très bien sa cohérence.

Par ailleurs, les associations ont des difficultés à se retrouver dans les méandres de la législation et la recherche de financements. Il est complexe pour elles de trouver des financements, de comprendre les dispositifs.

En conséquence, il a été mis en avant la nécessité d'une meilleure coordination politique sur le plan national, en particulier au niveau interministériel. Le gouvernement doit impulser un diagnostic partagé et aboutir à une vraie stratégie entre les Ministères de la Santé, de la Justice, de l'Intérieur et de l'Education Nationale.

Cette politique interministérielle dégagera des axes et un cadre d'action sur le plan national afin de pérenniser une continuité des actions et de stabiliser des financements. Ces orientations seront déclinées au niveau régional et départemental en fonction des ressources locales et des capacités d'innovation des acteurs.

Les trois mots clefs de cette politique pourraient être : « **légitimité, impulsion, appropriation** ».

L'exemple a été donné d'une collaboration prometteuse entre la police (Brigade des mineurs) et un service de consultation en thérapie familiale issu de la psychiatrie publique pour adultes. L'objectif de cette initiative est de « démarrer la prévention au cœur de la répression » en intervenant directement dans les locaux d'un commissariat de police (Boulogne Billancourt). La prise en charge par deux psychologues, installés dans les locaux de la police, est réalisée à partir des gardes à vue de mineurs auteurs. Un lien est établi à cette occasion avec les parents et un suivi est effectué dans les cas les plus difficiles (3).

- **En fait, il existe deux manières de saisir les actes violents des adolescents :**
 - Cela peut s'effectuer *en amont* de la justice par l'Education Nationale. La régulation s'effectue essentiellement au moyen de chartes, de règles, de droits et de devoirs dans le cadre des établissements scolaires. De plus, les actions « violence » ne peuvent pas être en rupture avec le rapport au savoir.
 - Ensuite, la violence peut être actée *en aval* dans un parcours judiciairisé.

- **Sur un plan plus local, des réseaux seront mis en place sous certaines conditions :**

Ils nécessitent d'abord *une bonne connaissance des métiers et des rôles*. En effet, il faut un cadre pour garantir une continuité des pensées et des actions des adultes. Il semble nécessaire de co-définir le mode d'accompagnement de chaque service et de rendre lisible le rôle de chacun. Il faut se connaître entre professionnels (fonctions précises des différentes personnes) et accepter de travailler ensemble. Par exemple, les numéros verts présentent une bonne lisibilité mais après : à qui parler à la suite du coup de fil ? Là, commencent

les problèmes. *Il faut des informations sur les lieux, les compétences, les services rendus pour les usagers et les professionnels.* La concertation interinstitutionnelle doit donc être régulière et un comité de pilotage pourrait assurer ce suivi.

Mais travailler ensemble suppose de partager des informations. Cela pose des problèmes au regard du secret médical ainsi que sur le plan éthique. Par exemple, le conseil de l'ordre des médecins intervient quand il y a transgression du secret médical. Il faut donc prendre des précautions sur le plan éthique en constituant « des digues éthiques », des limites pour préserver des actions qui peuvent intenter aux libertés individuelles. Les différentes structures du réseau doivent être garantes de cette éthique. Mais de nombreuses questions se posent : est-ce que l'éthique doit être définie à un moment donné à un niveau ministériel ou est-ce qu'il s'agit d'une logique d'acteurs ? les préconisations doivent être travaillées mais à quel niveau ? interministériel ? L'exemple d'une agression dans une école où la victime se retrouve au commissariat montre que l'éthique doit être présente sur le terrain. Il faut trouver un mode d'accompagnement qui calme le jeu car parfois le jeune violent obtient des réponses violentes. Le problème de la sanction est aussi à prendre en compte. Il faudrait des outils (signaux d'alerte, veille) qui garantissent le respect de la personne. Il est donc proposé une réflexion sur la mise en place d'une commission éthique dont le rôle serait d'examiner des situations concrètes émanant du terrain dans le cadre de l'intervention de réseau. Cette commission pourrait être saisie par les professionnels, à l'image de la commission éthique de l'office de la jeunesse du canton de Genève (voir Annexe 3).

- ***Un certain nombre d'exemples de réseaux à promouvoir est cité (deux en particulier) :***

Le Centre d'Accueil des Victimes d'Aggressions Sexuelles et de Maltraitance (CAVASEM) de Besançon est un réseau sanitaire qui formalise l'accueil des mineurs victimes d'agression sexuelle et leur prise en charge médicale ainsi que psychologique. Il met en liaison le dispositif de soins (CHU de Besançon et le Centre Hospitalier Psychiatrique avec une unité d'hospitalisation intersectorielle pour adolescents), la police, la justice, l'Education Nationale et les associations, pour une meilleure prise en charge des victimes.

L'ensemble du dispositif repose sur le rôle pivot joué par la cellule de signalement du Conseil Général du Doubs qui centralise les signalements et met à disposition du public et des professionnels une ligne téléphonique dédiée à la problématique de la maltraitance.

L'unité de victimologie du CAVASEM comprend une unité de soins de pédopsychiatrie et une unité équipée pour l'audition filmée. Elle s'occupe de la thérapie des victimes et de leur famille et fait le lien avec la justice. Ce travail de contention de la famille est important car la lenteur des procédures judiciaires peut inciter les proches à effectuer leur propre justice. L'unité accompagne également la victime pendant et après la procédure judiciaire. Le syndrome du stress post-traumatique de la victime ainsi que les conséquences de l'agression sexuelle sur le fonctionnement familial sont évalués. Des groupes thérapeutiques sont également mis en place pour les victimes et les parents ainsi que pour les auteurs mineurs d'agressions sexuelles. Le CAVASEM est financé par des contrats d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Le réseau marseillais est une école d'application qui fonctionne sur deux axes. Elle se base d'abord sur une convention entre la Police Judiciaire et l'Education Nationale. L'école prend en charge des enfants violents qui ont décroché du système scolaire et met en place une pédagogie adaptée aux problématiques spécifiques de ces jeunes, c'est-à-dire une démarche positive de re-narcissisation, revalorisation. Les jeunes ont de 13 à 18 ans. Ce dispositif innovant s'inscrit dans le cadre de la politique générale des classes relais. C'est un bon exemple d'articulation et de coordination entre le niveau national et le niveau local.

- ***La question des adolescents violents permet de relever plusieurs points saillants :***

Il est tout d'abord nécessaire d'insister sur *la cohérence des liens et de leur qualité dans la pratique de réseau.* La solidité de celui-ci est souvent mise à l'épreuve par le public adolescent. De plus, il y a une nécessité d'apporter

un soin au cadre en raison du lien direct entre cette capacité de contenance et la prise en charge des adolescents violents.

La question *du garant du cadre* est également posée. Celui-ci peut varier en fonction de la situation de l'adolescent. Ce dernier mérite un respect dans l'accueil et dans le traitement, quels que soient les actes violents qu'il a commis. La recherche clinique aide également à fonder les pratiques accompagnatrices ou éducatives. Il ne faut pas seulement effectuer un traitement centré sur l'acte violent mais également dégager des stratégies individualisantes prenant en compte la structuration psychique du sujet.

- **Pour les adolescents victimes, les institutions doivent d'abord sécuriser la parole de l'adolescent pour qu'il n'ait pas peur des représailles, et ceci à trois niveaux :**

Des jeunes

ils sont détenteurs de secrets et doivent savoir comment en parler et à qui. Tout doit être mis en œuvre pour prévenir les conséquences de la non maîtrise par l'institution des paroles des adolescents sur la communauté des élèves. En effet, par crainte des représailles, suite à des confidences à propos d'une violence subie et parce qu'elles n'ont pas confiance dans l'adulte, les jeunes victimes prennent comme premiers interlocuteurs leurs camarades du même âge. Ces pairs ne savent pas quoi faire. De plus, ils sont souvent sous le secret. Cela peut être traumatisant. Comment les aider à aider la victime ? Le circuit doit être lisible, il faut une information suffisante mais il existe peu de dispositifs pour soutenir les pairs de la victime en tant qu'alliés pour la prévention. Il existe pourtant une action de ce type en Ile-de-France : l'association de lycéens « stop la violence ». Concernant ces actions où se développent des médiations par des pairs, c'est-à-dire des actions où ce sont les jeunes qui résolvent des conflits, *il faut des règles, une charte, des droits reconnus pour les enfants*, mais il ne faut pas que ce type d'actions soit un alibi pour que les adultes ne remplissent pas leur tâche d'assistance et d'appui. La prévention entre pairs nécessite la présence d'adultes encore plus renforcée, un engagement et un accompagnement très forts. Des expériences de ce type l'ont montré. Certaines ont échoué par manque d'accompagnement. A l'inverse, quand la présence d'adultes est là, les expériences sont très concluantes. Il faut mettre en place des structures pour permettre aux pairs d'aider les adolescents en difficulté. Le problème est que parfois « cela secoue l'existant ».

Des parents

ils doivent également être informés et sensibilisés.

Des professionnels

il faut aussi les prendre en compte avec notamment l'écoute de l'enseignant témoin.

- **Enfin, quatre recommandations peuvent venir compléter les constats précédents :**

1/ Tout d'abord, il y a une nécessité *de campagnes locales d'information, de sensibilisation en direction des adolescents* qu'ils soient témoins ou confidents. Ces derniers doivent savoir ce qu'il faut faire et à qui s'adresser.

2/ Il importe également *d'être attentif à l'affichage et au traitement du problème* à l'échelle des institutions. Ce traitement peut voir un impact positif ou négatif important sur le reste de la collectivité.

3/ *L'anticipation et la prévention à froid* permettent de prévenir les situations d'urgence. Les compétences extérieures sont également nécessaires comme celles de la police ou de la justice afin de construire des scénarios prévisionnels.

4/ *Il est recommandé la poursuite de la promotion et de la généralisation des centres ressources départementaux.* Les cellules de crise ont un rôle à jouer comme le partenariat éducation nationale/INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation).

En résumé, 9 recommandations prioritaires pour les adolescents

Etudes et recherches

- Sur le thème des adolescents violents et des facteurs de vulnérabilité, développer des travaux transversaux avec une mise en commun des données entre institutions qui traitent d'un même public.
- Pour les adolescents victimes de violence, développer des études sur les jeunes en situation de handicap ou de maladie mentale (faire le lien avec les groupes « dépendance » et « santé mentale »).
- Concernant les adolescents victimes d'une exigence trop élevée de performances, mettre en place des recherches sur leur situation sanitaire : sportifs de haut niveau, élèves des classes préparatoires mais aussi étudiants de faculté en échec ou jeunes en insertion.

Programmes d'intervention

- Pour assurer une meilleure continuité sur la durée des programmes d'intervention, établir des conventions entre partenaires et mettre en place un comité de pilotage afin d'assurer un rôle d'articulation et veiller à accompagner les différentes actions dans la durée dans le but d'éviter les initiatives ponctuelles et incohérentes.
- Dans le contexte d'exigence de performance, mettre en place des actions sur la consommation de médicaments et de produits licites ou illicites.
- Privilégier le jeu gratuit et former les encadrants et les parents dans ce sens.

Organisation

- Renforcer la cohérence et la qualité des liens dans la pratique de réseau, en raison du rapport direct entre cette capacité d'organisation et l'efficacité de la prise en charge des adolescents violents.
- Faire des campagnes locales d'information, de sensibilisation en direction des adolescents qu'ils soient témoins ou confidents, en donnant des informations précises et lisibles sur les lieux, les compétences et les services rendus.
- Mettre en place des comités d'éthique de proximité pour les éducateurs et les adolescents témoins, confidents ou victimes de violence.

Bibliographie

Adolescence

• Appelée

176. DUQUET F. *Qui trop embrasse, mal étroit ? Réagir au souci de performance sexuelle des jeunes adolescent(e)s*. De tête et de cœur, Centre de Ressources et Interventions en Santé et Sexualité, Montréal, Québec, 1997, vol. 2.
177. BUZYN E. *Papa, maman, laissez-moi le temps de rêver*. Paris : Albin Michel, 2002.
178. GUITTON C. Le Projet Ismène. Article, mai 2004.

• Sélective

179. BOUVIER P. Child sexual abuse : vicious circles of fate or paths to resilience ? *The Lancet*, February 8, 2003, vol 361, n° 9356, pp. 446-447.
180. BOUVIER P. « Avec prudence, avec confiance » : l'apport de la résilience pour la prévention des abus sexuels en milieu scolaire. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, mars 2004, t. VII, n° 74, pp. 47-51.
181. BOUVIER P. La violence et les jeunes : du respect aux droits. In ROUSSEY M, KREMP O. Coll. *Progrès en pédiatrie sociale ou l'enfant et son environnement*, chap. 18. Rueil Malmaison : Doin éd., 2004, pp. 199-209. Coll Progrès en Pédiatrie n° 17.
182. CADEAC D'ARBAUD B. Bilan d'activité du numéro vert « Jeunes Violences Ecoute ». Bilan d'activité, 2004, 19 p. [s.l.].
183. CADEAC D'ARBAUD B. Dépendances et violences. Document, 5 p. [s.d.], [s.l.].
184. DEBROT V. *Le « jeu du foulard » une conduite à risque adolescente : en quête de sensations ... en quête de sens à soi*. Université de Neuchâtel, Sciences de l'Education. Mémoire de recherche. Janvier 2004, n° 62, 61 p.
185. FREMY D. Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des agresseurs sexuels enfants et adolescents ? In *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. Conférence de consensus 22 et 23 novembre 2001, Ed. John Libbey Eurotext, 2001, pp. 141-157.
186. FREMY D. Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle ancienne chez l'enfant et chez l'adolescent ? In *Conséquences des maltraitances sexuelles : reconnaître, soigner, prévenir*. Conférence de consensus 6 et 7 novembre 2003, Ed. John Libbey Eurotext, 2004, pp. 207-217.
187. GOY-LETONDOR H. A propos de ces jeunes difficiles dont personne ne veut. Doc, Lons le Saunier : OJEVIM (Observatoire Jurassien des Enfants Victimes de Maltraitance), 13 p. [s.d.].
188. HALPERIN D-S, BOUVIER P, JAFFÉ P-D et al. Prevalence of child abuse among adolescents in Geneva : results of a cross sectional survey. *BMJ*, 25 mai 1996, vol 312.
189. HUERRE P. *Ni anges, ni sauvages : les jeunes et la violence*. Paris : Anne Carrière, Livre de poche, 2004.
190. HUERRE P. Faut-il plaindre les bons élèves ? Le prix de l'excellence. Paris : Hachette littératures, 2005.
191. LAVAL C. Le déplacement des points de vue : de la violence des jeunes à la santé mentale. Extrait du rapport final : penser la vie psychique dans l'action éducative. Ed. Vaucreston/PJJ, 2003. [Note : Recherche-action commanditée par la PJJ dans le cadre de la commission PJJ intitulée : propositions cliniques pour les mineurs auteurs d'agression ou de violence].
192. MARCELLI D, REY-SALMON C. L'arrivée d'un jeune adolescent aux urgences pédiatriques pour un problème de violence n'est pas exceptionnelle, même si cette situation reste l'apanage des urgences adultes. *Urgences Pédiatriques*, Ed. Estem, 2004.
193. RATHELOT C. Décès d'enfants et d'adolescents par jeux de strangulation : quelques réflexions. *La Lettre de la Fondation pour l'Enfance*, n° 40. [s.d.]
194. TURSZ A, BAER P, GERBOUIN-REROLLE P, et al. Les adolescents consultant pour des conduites auto-agressives : pratiques d'anamnèse des psychiatres sur les antécédents de maltraitance dans l'enfance. *Fondation de France*, programme Santé des jeunes, mars 2003, rapport final, 30 p.
195. PASTOR A. Contribution dans le cadre de la concertation sur les thèmes « Isolement des jeunes, suicide et travail social ». Académie d'Aix-Marseille, document : table ronde Suicide.
196. INSPECTION GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE. *Eléments d'information sur le « jeu du foulard »*. Rapport, mars 2002, n° 2002-019.
197. Le déplacement des points de vue : de la violence des jeunes à la santé mentale. Extrait du rapport final : *penser la vie psychique dans l'action éducative*, 2003. Recherche-action commanditée par la PJJ dans le cadre de la commission PJJ intitulée : propositions cliniques pour les mineurs auteurs d'agression ou de violence.
198. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, MINISTERE DELEGUE A LA FAMILLE et al. Rapport préparatoire à la Conférence de la famille, 2004.

Etude et recherche :

De nombreux manques et la nécessité d'assurer transparence mais surtout qualité des recueils

Il existe de fortes lacunes en matière de connaissances sur les phénomènes de violence et les causes de cette violence. Cette insuffisance est liée d'abord à la non fiabilité de certains modes de recueils d'information. En effet, des biais peuvent fausser les représentations et la compréhension des mécanismes et des effets de la violence sur la santé. Ces biais résultent souvent d'une opacité de certaines organisations sur la défensive et de présupposés qui font par exemple que les enfants issus de familles favorisées sont rarement pris en compte (la violence est partout et ne se limite pas aux milieux précaires). De façon globale, il y a une demande d'investigation plus approfondie qui résulte du constat de l'intérêt insuffisant porté à des questions essentielles telles que les mécanismes et les effets de la performance forcée, les facteurs de risque et de protection de la souffrance psychique liée à la violence ainsi que les phénomènes de reproduction transgénérationnelle ou de production institutionnelle de la violence. Il y a donc une vraie nécessité de travaux de recherche transversaux en associant des disciplines peu sollicitées dans ce domaine. Les études doivent porter sur les programmes et les groupes ou situations à risque méconnus.

Programme :

Promouvoir certaines conditions pour un « bon » programme de prévention de la violence

Elles sont de différentes natures :

Mettre en œuvre une vraie politique publique partagée sur l'ensemble du territoire : ces programmes et actions doivent avant tout s'inscrire dans le cadre d'une politique publique (dont l'Etat est le garant) et dans un processus d'adhésion des personnes concernées. Les mesures de prévention doivent être également durables et mobiliser les divers acteurs en place. Elles s'inscrivent en cohérence avec les dispositifs existants et doivent disposer de moyens humains et financiers appropriés. Il est absolument nécessaire d'avoir une continuité territoriale ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui. Les inégalités entre les départements mais également entre les institutions doivent donc être réduites afin de mettre en place d'une manière plus efficace les dispositifs de prévention de la violence.

Soutenir et renforcer les compétences à travers un travail en réseau : ces programmes et actions n'impliquent pas uniquement la mise en place d'outils ou de mesures mais favorisent le développement et le renforcement des compétences ainsi que le soutien des professionnels, des parents et des jeunes. Le travail en réseau doit être encouragé afin de briser l'isolement de certains professionnels.

Veiller aux principes éthiques et méthodologiques : ils doivent être au cœur des préoccupations sur ce sujet sensible. Ils permettront d'éviter d'éventuels effets indésirables. Le cadre institutionnel du programme doit donc être défini par des partenariats ainsi que des règles de mise en œuvre.

Agir tôt et dans la continuité : « continuité de la vie, continuité des mesures. ». Cela nécessite une approche globale du développement de l'enfant, de sa socialisation et de sa santé. L'aspect transgénérationnel ne doit pas non plus être négligé. Le repérage et le dépistage impliquent également la prise en charge de l'individu et de son entourage en évitant de transformer certaines populations en « usagers de la violence ».

Evaluation des politiques publiques, des programmes et des actions : De vraies spécificités françaises mais la nécessité absolue d'y consacrer plus de temps et d'exiger de la rigueur pour être plus efficient

Il est nécessaire de défendre une évaluation à la française, à dominante formative. Pourtant, d'importantes lacunes ont été observées sur les évaluations des politiques et programmes existants. Des pratiques et des normes ont été instaurées sans argument épidémiologique ni preuve d'efficacité. Cette absence (ou cette insuffisance) d'évaluation s'explique plus par un manque de volonté qu'un manque d'experts, de temps et de financement. L'évaluation préconisée doit mettre en valeur les expériences locales existantes tout en mesurant leur efficacité et leur qualité. Le lien entre le coût et l'efficacité des actions est rarement abordé même si le coût global des effets de la violence sur la santé est un peu mieux connu. Les politiques publiques doivent aussi être évaluées. De nombreuses lois et plans nationaux restent inappliqués alors qu'ils semblent répondre aux besoins. Il faut donc éviter l'empilement des mesures qui ont un effet hautement démotivant pour les acteurs dans le champ de la violence et la santé

Et enfin :

- Placer la santé de l'enfant et du jeune au cœur de la prévention de la violence en clarifiant ce qui relève, d'une part, de la prévention et du soin lors des atteintes à la santé du fait des violences, et d'autre part, de ce qui relève de la prise en compte de la violence elle-même comme souffrance.
- Favoriser un droit d'intervention dans les institutions ou les pratiques susceptibles de générer des violences au prix de la santé des enfants et des jeunes.
- Réhabiliter le jeu gratuit, le plaisir, le droit au rêve et de passer du temps à ne rien faire...

Participants à la commission « violence et santé » : périnatalité, enfance, adolescence et jeune

Organisateurs :

- Mesdames Anne TURSZ (Pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche, INSERM), Christine CASAGRANDE (Chef de projets en prévention, URCAM Franche-Comté), Véronique MALLET (Chef de projet « Plan violence et santé », Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille).
- Monsieur François BAUDIER (Directeur, URCAM Franche-Comté)

Experts « transversaux »

- Madame Marie-Christine Van BASTELAER (Chargée de projet, EDUCASANTE, Belgique) ;
- Messieurs David MEDDINGS (Département de prévention des traumatismes et de la violence, OMS), Richard TREMBLAY (Professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, Université de Montréal, Canada), Paul BOUVIER (Médecin Directeur, Service de santé de la jeunesse, Office de la jeunesse, Genève, Suisse), Emmanuel FORICHON (Médecin de santé publique, Directeur adjoint, DRASS Midi-Pyrénées), François JACOB (Représentant régional de Madame la défenseure des enfants, Besançon)

Experts Périnatalité

- Mesdames Joëlle DESJARDINS-SIMON (Psychanalyste, Besançon), Irène KAHN-BENSAUDE (Médecin, Conseil national de l'ordre des médecins), Béatrice LAMBOY (Chargée de recherche et coordinatrice du programme « santé mentale », INPES), Véronique MIRLESSE, (Médecin, Institut de Puéricultrice, Paris), Jacqueline PATUREAU (Médecin Inspecteur du Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille – Périnatalité, Ministère de la santé et de la protection sociale), Hélène SIAVELLIS (Pédiatre, Délégation interministérielle à la famille), Elisabeth VERITE (Médecin inspecteur en santé publique, DRASS Nord-Pas-De-Calais)
- Messieurs Claude LEJEUNE (Pédiatre, Réseau périnatalité 92, Hôpital Louis Mounier - Colombes), Bertrand LORY (Responsable des actions contre les mauvais traitements envers les enfants, Ministère de la santé et de la protection sociale)

Experts Petite enfance

- Mesdames Yvette BERTRAND, (Commissaire divisionnaire, Chef de la Brigade de protection des mineurs de Paris), Sandrine BROUSSOULOUX (INPES), Marcelle DELOUR (Médecin chef de Protection Maternelle Infantile, Direction de la famille et de la petite enfance, Paris), Luce DUPRAZ (Présidente de l'Association « Quand les livres relient », Lyon), FOSTEL (Psychanalyste Maison verte, Besançon), Dominique FREMY (Pédopsychiatre spécialisée en victimologie, expert auprès du TGI de Besançon, Centre de thérapie familiale, CHS Novillars), Chantal FROGER (Chargée du dossier « santé des victimes de violence », Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille), Violette GARCIA (Attachée hospitalier – Droit des usagers et fonctionnement des établissements de santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille), Annie GAUDIERE, (directrice du SNATEM), Pascale GERBOUIN-REROLLE (Chargée de projets en santé publique, Recherche sur les morts suspectes de nourrissons, INSERM), Paulette JACQUEMET (Vice-présidente Antenne petite enfance, Besançon), Odile KREMP (Professeur de Pédiatrie, Chef de service, clinique de pédiatrie Saint-Antoine, Hôpital Saint Vincent de Paul, Lille), Brigitte LEFEBVRE et Catherine PACLOT, (Médecins de santé publique, Bureau des maladies chroniques de l'enfant et du vieillissement, Ministère des

Solidarités, de la Santé et de la Famille), Marie-Carol PARUIT (Pédiatre, sport et enfant, CHU de Nantes), Dominique PLUCHE-GALMICHE (Psychologue, Maison Verte de Besançon), Anne-Sylvie POISSON-SALOMON (Méthodologiste en évaluation, Hôpital Necker enfants malades, Paris), Sabine SHAEFER (Psychologue, Maison Verte de Besançon), Liliane TERRYIN (Professeur des écoles, Besançon), Jeanne-Marie URCUN (Médecin conseiller technique, Ministère de l'Éducation nationale), Elisabeth WATTEL-BUCLET (Responsable du programme enfance, Paris)

- Messieurs FORTIN (Professeur de santé publique, Pédiatre, CHRU Lille), Roland ESCH (Procureur TGI de Mâcon), Patrick DANIEL (Médecin départemental de PMI, Le Puy-en-Velay), Michel ROUSSEY (Pédiatre, responsable de la cellule de lutte contre la maltraitance, Rennes), Hugues ZYSMAN (Psychanalyse, Maison Verte de Besançon).

Experts Adolescence

- Mesdames BARICHASSE (Psychologue, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille), Brigitte CADEAC D'ARBAUD (Responsable du plateau téléphonique, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs, Paris), Marie-Christine FREIRE (Conseil national des missions locales, Saint-Denis-La-Plaine), Laurence LEVY DELPLA (Inspectrice pédagogique régionale, Délégation interministérielle à la famille, Paris), Suzanne MANETTI (Médecin inspecteur de santé publique, DRASS Aquitaine), Nadine NEULAT (Chef du Bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention, Ministère de l'Éducation Nationale), Anne PASTOR (Conseillère technique au niveau social auprès du Recteur d'Académie d'Aix-Marseille), Caroline REY-SALMON (Médecin légiste, pédiatre, Hôpital d'enfants Armand Trousseau, Paris), Anne-Marie SERVANT (Responsable du dossier santé des jeunes, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille), Marie-Christine Van BASTELAER (Chargée de projet, EDUCASANTE, Belgique), Nadia ZAGUI-ROSSI (Psychologue à la direction de la PJJ, chargée des questions de santé)
- Messieurs Patrice HUERRE (Psychiatre spécialiste de l'adolescence, Fédération santé des Etudiants de France, Paris), Paul BOUVIER (Médecin Directeur, Service de santé de la jeunesse, Office de la jeunesse, Genève, Suisse), Nicolas BRUN (Chargé de mission « santé », UNAF), Pascal CUENOT (Psychologue « Parenthèse à la Violence », Belfort), Christian LAVAL (sociologue ORSPERE), Richard TREMBLAY (Professeur de pédiatrie, psychiatrie et psychologie, Université de Montréal, Canada), Patrice VEY (Capitaine de police, Commissariat de Lons-le-Saunier)

Autres participants (hors séminaire)

- Mesdames Michelle CREOFF, (Directrice de l'enfance et de la famille au Conseil Général du Val de Marne) Annick DUMARET, (Psychologue, Cermes - INSERM U502), Catherine GUITTON, (Directrice du Centre Espace Famille 92, PH de l'Hôpital Paul-Guiraud-Villejuif), Françoise MOLENAT, (Pédopsychiatre, Hôpital de Montpellier)
- Messieurs Thierry DANIEL (alcoologue, Lille), Michel ZORMAN, (Médecin conseiller du recteur de Grenoble).

Béatrice LAMBOY

Diaporama « Programmes de prévention validés

Etat des connaissances », INPES - Novembre 2004.

Présentation

• Objectif

faire une synthèse des connaissances en matière de programmes de prévention validés contre la violence chez les jeunes

• Méthode

Sélection des principales **revues de la littérature** des 5 dernières années à partir des bases de données (PubMed, PsycInfo, Eric, Pascal)

- Domitrovich CE, Welsch JA. (2000)
- Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B. (2001)
- Lemarquand D, Tremblay RE, Vitaro F. (2001)
- Webster-Stratton C, Taylor T. (2001)
- Waddel C, Lomas J, Offord D, Giacomini M. (2001)

Sélection des **documents de synthèse** sur les sites internet

- Department of Health and Human Services (US). Youth violence: a report of the Surgeon General [online] 2001 www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence_
- CDC (US). Best practices of youth violence prevention : a sourcebook for community action. www.cdc.gov/ncipc/dvp/bestpractices.htm
- OMS, 2004. Preventing violence, violence prevention programmes http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en
- School-based violence prevention programs. www.ucalgary.ca/resolve/violenceprevention
- Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants : www.excellence-earlychildhood.ca/home.asp?lang=FR

Identification **des documents présentant les programmes** de prévention sélectionnés (articles et sites internet : <http://modelprograms.samhsa.gov/>)

Plan de la présentation :

- Définition de la prévention
- Nombre de programmes validés contre la violence
- Définition des « programmes validés » (evidence based programs) = Aspects méthodologiques
- Méthodes de prévention validées
- Exemples de programmes validés
- Caractéristiques des programmes validés
- Conclusion

DEFINITION DE LA PREVENTION

- **Objectif principal de la prévention** : réduire l'incidence et la prévalence des comportements violents chez les jeunes en agissant sur les facteurs de risque et de protection
- **Prévention universelle** : population générale ou un sous-groupe sans facteur de risque associé aux comportements violents
- **Prévention sélective** : individus (ou groupes) à risque à cause de facteurs environnementaux, sociaux ou familiaux.
Ex. Quartiers sensibles, parents en situation précaire, conflits-violences familiales, parents souffrant d'addictions, jeune mère célibataire...
- **Prévention indiquée** : individus (ou groupes) à risque à cause de facteurs personnels ou de 1ers comportements violents
Ex. Jeunes en difficulté scolaire, faibles habiletés sociales, impulsivité, agressivité, (TDA/H, TOp) ...

NOMBRE DE PROGRAMMES VALIDES CONTRE LA VIOLENCE, CHEZ LES JEUNES

- Il y a 50 ans, ont été mis en place les premiers programmes
 - *un fort dev. ces dernières années (quantitatif et qualitatif)*
- Des centaines de programmes de prévention contre la violence mis en place
 - *27 programmes validés / violence (Surgeon general, 2001)*
 - *20 programmes sélectionnés /conduct disorder review (Lemarquand et al. 2001)*

PROGRAMMES VALIDES = EVIDENCE BASED PROGRAMS (1) :

Aspects méthodologiques
(SAMSHA ; Surgeon, 2001 ; Webster al., 2001 ; Lemarquand, 2001)

- Les méthodes d'intervention sont en lien avec une (des) théorie(s) de référence
- Le programme d'intervention est décrit dans un manuel et bien implanté (évaluation de processus ou contrôle de qualité)
- L'efficacité de l'intervention est démontrée empiriquement
 - *Données scientifiques disponibles (rapport détaillé, article scientifique...)*

Efficacité scientifiquement démontrée

(Surgeon, 2001 ; Lemarquand, 2001 ; Domitrovich et Welsch, 2000)

- **Plan expérimental rigoureux : comparaison d'un groupe intervention / groupe contrôle**
 - *Essai randomisé et contrôlé : répartition aléatoire dans les groupes*
 - *Plan quasi-expérimental (au minimum) : équivalence des groupes contrôlée*
 - *Effets ou événements collatéraux contrôlés*
 - *Taux d'abandon des participants faible et analyse des perdus de vue*
 - *Mesures adaptées*
 - *Instruments fidèles et valides*
 - *Temps des mesures : avant (prétest), après (posttest), suivi (follow-up)*
 - *Analyses statistiques appropriées*
- **Effets positifs significatifs**
 - *Outcome variables (violence) et mediating variables (facteurs de risque ou de protection)*
 - *Effet statistiquement significatif ($p < .05$)*
 - *Effect size positif : 0.2 (petit), 0.5 (medium), 0.8 (large)*
 - *Effets maintenus à long terme (minimum de 1 an)*
- **Réplication des résultats sur plusieurs sites (au moins 2 sites)**

METHODES DE PREVENTION VALIDEES :

1. Centrées sur l'enfant

Méthodes	<i>Développement des compétences (skills training) :</i> >> sociales : résolution de pb, coping, attitude prosociale... >> émotionnelles : gestion de la colère, connaissance des émotions.. >> cognitives : raisonnement, performances scolaires...
Efficacité	>> Parmi les méthodes les plus efficaces >> Plus efficace qd associée à une formation des parents ou des enseignants (prévention sélective, indiquée)
Application	>> Tous programmes : universel, sélectif, indiqué >> Souvent dans les programmes à l'école (maternelle, primaire, collège)
Exemples	Interpersonnal Cognitive Problem Solving (1982), I can problem solve (universel), Anger coping program (sélectif), Peer coping skills (indiqué)

2. Centrées sur les parents

Méthodes	Efficacité	Application	Exemples
Visites à domicile (et soutien à la parentalité) (périnatalité, enfance)	-Visites précoces, longue durée (2 ans), fréquentes. -Infirmières	Programmes sélectifs	-Home visiting program in Montreal (1980) -Elmira (1997)
Apprentissage (méthodes cognitives, ctales, sociales) : discipline non violente, renforcement +, gestion de la colère de l'enfant, communication...	A associer avec une autre méthode	-Ts programmes (sélectif, indiqué) -gr. ou individuel -Maison, école, centre de soin...	-Living with children (1975) -Incredibles Years Parenting Series (1990, 1998)
Thérapie familiale (systémique, structurale, fonctionnelle)		Prévention indiquée – Traitement	

3. Centrées sur les enseignants

Méthodes	Formation des enseignants : enseignement coopératif, management proactif, organisation et discipline plus adaptées, renforcements positifs, résolution de pbs ...		
Efficacité	Toujours associée à une autre méthode		
Application	Tous programmes : universels, sélectifs, indiqués		
Exemples	Seattle social development project (1999) Incredibles years series (1999)		

4. Centrées sur l'environnement

Méthodes	Efficacité	Application	Exemples
Environnement scolaire (school ecology) - mise en place de tuteur -formation des profes. - activités dans l'école -développement des liens parents - enseignants		Programmes universels	Child development project (1991) Fast track (1999)
Adulte support (mentoring)	Sur une longue période		Big Brother/Big sister of America (1995)

EX. PROGRAMMES VALIDES : Universels et unimodaux

Programmes	Age	Méthodes de prévention	Principaux résultats
Second Step (USA)	4-14	Dév.des compét. émotionnelles et sociales (enfant) : empathie, résolution pb et contrôle de soi, gestion colère	<i>Baisse</i> : cts agressifs <i>Hausse</i> : interac. sociales +, compréhension des émotions
Promoting Alternative Thinking Strategies (USA)	6-10	Dév.des compétences émotionnelles et sociales (enfant) : contrôle de soi, estime de soi, résolution pb, habiletés relationnelles	<i>Baisse</i> : cts agressifs, hyperactivité <i>Hausse</i> : atmosphère dans la classe, résolution de pbs, connaissance émotionnelle
School Transitional Environment Project (USA)	10-16	Environnement scolaire : petits groupes de travail, tuteur, counsellors	<i>Baisse</i> : délinquance, stress, anxiété, dépression <i>Hausse</i> : estime de soi
Olweus Bullying Prog. (Norvège)	6-15	Environnement scolaire : règles de classes, rencontres des victimes de brutalités scolaires – parents	<i>Baisse</i> : brutalités scolaires, cts agressifs et antisociaux <i>Hausse</i> : satisfaction/école

Programmes	Age	Méthodes de prévention	Principaux résultats
Linking the Interests of Families and Teachers (USA)	6-10	-Développement des compétences sociales (enfant) -Formation(parent) : méthodes éducatives efficaces, supervision -Enseignants-parents : rencontres	<i>Baisse</i> : cts agressifs, critiques des mères (maison) <i>Hausse</i> : amélioration des comportements (classe)
Seattle Social Development Project (USA)	6-10	-Développement des compétences sociales et cognitives (enfant) -Formation (parents) -Formation (enseignants)	<i>Baisse</i> : cts agressifs, délinquance, abus alcool, pairs déviants <i>Hausse</i> : communication familiale, méthodes éducatives des parents, investissement/école

EX. PROGRAMMES VALIDES : Sélectifs ou Indiqués

Programmes	Age	Méthodes de prévention	Résultats
Elmira Home visitation (USA)	- 2	Visite à domicile et éducation de la mère	<i>Baisse</i> : délinquance, abus de substances, négligences de la mère
High Scope Preschool Curriculum (USA)	3-4	-Enfant : dév.des compétences -Parents : visite et apprentissages	<i>Baisse</i> : délinquance, cts agressifs <i>Hausse</i> : réussite scolaire et professionnelle (emploi)
Montreal Prevention Experiment (Canada)	7-9	-Enfant : dév.des compétences sociales -Parents : apprentissages (renforcement , gestion de crises...)	<i>Baisse</i> : cts agressifs, délinquance, vols, abus de substance (à long terme)
Coping Power Program (USA)	9-14	Dév.des compétences cognitives et émotionnelles : enfants (école), parents (visite à domicile)	<i>Baisse</i> : cts agressifs, abus de substances

Programmes	Age	Méthodes de prévention	Résultats
The Incredibles Years Series (USA)	2-10	Formation (parents) : résolution de problèmes, management... Formation (enseignants) : management, encouragement des compétences sociales et émotionnelles, dev. des relations avec élèves et parents...	<i>Baisse</i> : pbs de conduites et de comportements <i>Hausse</i> : cts prosociaux, relation dans la famille, attachement à l'école
Fast Track (USA) (TC)	6-10	Enfant : dev. compétences sociales, tutorat, pairs Parent : visite, apprentissages (méthodes éducatives)	<i>Baisse</i> : cts agressifs, <i>Hausse</i> : résultats scolaires, développement social

CARACTERISTIQUES des PROGRAMMES EFFICACES

Conclusions à partir des 20 dernières années de recherche : facteurs de risque et de protection, développement des comportements violents, évaluation des interventions

- Interventions utilisant des méthodes interactives et expérientielles : **jeux de rôles, mises en situation, travaux pratiques sur le ressenti et les émotions... vs méthodes didactiques**
- Interventions sélectionnées **en fonction de l'âge et de la population cible. Ex. gestion de la colère et capacité d'auto-régulation en prévention sélective ou indiquée**
- Interventions précoces : **périnatalité, maternelle... (cristallisation des tendances agressives vers 8 ans (Eron, 1990))**
- Interventions inscrites dans la durée : **plus de 20h/an (Webster-Stratton et Taylor, 2001), sur plusieurs années (baisse des effets + quand interventions pas maintenues au collège)**
- Interventions agissant sur plusieurs facteurs : **compétences psycho-sociales des enfants + familles +enseignants (environnement scolaire, pairs, associations, voisins...)**
- Interventions s'assurant de la qualité de l'implantation : **la qualité et la fidélité de l'implantation est aussi importante que les propriétés du programme (DHHS, 2001 ; Lipsey, 1992 ; Petersilia, 1990)**

CONCLUSION

- Au niveau international : **des méthodes, des programmes, des modèles d'intervention et d'évaluations disponibles**
 - *Empirically validated programs* : « *This research has influenced public policy and service delivery to the point where government agencies and consumers are rejecting interventions that have not been evaluated with high quality research designs, and calling instead for the use of empirically validated programs* » (Domitrovich et Welsh, 2000)

- **En France :**
 - *Pas de programme publié dans la littérature scientifique, peu de documents accessibles concernant l'implantation de programmes de prévention...*

 - *H : quelques interventions en lien avec la prévention de la violence*
 - isolées et ponctuelles
 - pas fondées sur la littérature empirique
 - *H : pas d'évaluation contrôlée permettant d'estimer l'efficacité mais plutôt des éléments de description et d'appréciation*

- Importance de la prévention : « **Given the difficulty of changing patterns of conduct problems once they have been established, prevention-oriented programs that are comprehensive, long term, and developmentally based seem particularly desirable** » (Domitrovich et Welsh, 2000)

Paul BOUVIER
Médecin Directeur, Service de santé de la jeunesse,
Office de la jeunesse, Genève, Suisse

COMMISSION D'ETHIQUE DE L'OFFICE DE LA JEUNESSE

Genève, Suisse

Présentation résumée

Les professionnels de l'Office de la jeunesse, travailleurs sociaux, infirmières et médecins scolaires ou juristes travaillant dans le domaine de la violence et de la maltraitance envers les mineurs se trouvent confrontés chaque jour à des situations difficiles et ils sont appelés à prendre des décisions qui mettent en jeu un ensemble de données complexes.

Si chaque situation d'enfant traitée par les services est particulière et individuelle, toutes s'inscrivent dans un cadre institutionnel fixé par la loi. La plupart font appel à des savoirs administratifs, juridiques et psychosociaux.

La commission d'éthique est née de la volonté des autorités d'aider les services sociaux et sanitaires de l'Office de la jeunesse à élaborer progressivement un corpus de références dont les fondements éthiques informeraient les pratiques de ses collaborateurs.

Elle a donc pour mission de construire une éthique institutionnelle, de déterminer la place de l'éthique par rapport aux autres principes définis par la déontologie, la morale et la loi, de développer la connaissance des cas problématiques afin d'en dégager des critères d'actions spécifiques.

La commission est composée de personnalités reconnues et faisant autorité dans les domaines de l'éthique, du droit, la psychologie, la sociologie ou la pédagogie.

Elle peut être consultée par tout collaborateur des services de l'Office de la jeunesse, sur une question liée à une situation complexe ou inhabituelle. Cela peut être par exemple une situation dans laquelle s'exercent plusieurs exigences éthiques contradictoires ou dans laquelle un collaborateur se trouve en désaccord avec la réponse

- **La commission a pour fonction de :**

Tenter d'appliquer, sous la forme de consignes générales, les principes éthiques fondamentaux aux réalités institutionnelles, en s'aidant pour cela des savoirs juridiques et psychosociaux représentés dans la commission.

En cela, il s'agit de construire une éthique institutionnelle et de déterminer la place de l'éthique par rapport aux autres principes définis par la déontologie, la morale et la loi.

Connaître de cas, de situations ou de problèmes surgissant dans l'office pour dégager des critères d'actions spécifiques fondés sur les principes éthiques, évaluer leur pertinence et proposer au besoin des améliorations structurelles.

Le premier outil de la commission est constitué par l'expérience des membres qui la composent.

Un autre moyen de connaissance repose sur l'étude des cas problématiques pour en faire une appréciation a posteriori afin d'en dégager des critères d'actions spécifiques. Il ne s'agit pas de porter un jugement, mais de dégager les critères d'actions pour le futur. Il s'agit aussi d'évaluer leur pertinence pour éviter le piège consistant à instrumentaliser l'éthique.

Apprécier sur demande des intéressés ou du propre chef de la commission, sur la base de critères éthiques, la pertinence de certains dispositifs institutionnels et émettre des avis sur les questions de principe.

Eclaircir les débats au sujet de la justification éthique et, le cas échéant, arbitrer en dernier recours les interprétations divergentes à leur sujet.

• **Fonctionnement de la commission**

La commission n'est pas une commission d'enquête ni un alibi pour les décisions de l'autorité. Elle n'entend pas être instrumentalisée. Plus complexe est la question de savoir si elle a un rôle d'arbitrage ou de médiation et si elle doit fonctionner comme une cellule de crise. Sur ces points, elle a varié sans réellement trancher.

La commission a exprimé à maintes reprises sa volonté pédagogique : elle entend aider les collaboratrices et collaborateurs de l'Office à analyser les problèmes, à dégager une jurisprudence, un système de références et à élaborer des arguments fondés sur des principes éthiques. A cet effet, elle a organisé des journées d'étude proposées à l'ensemble des services de l'Office : le 27 janvier 2000 sur le thème "L'intérêt de l'enfant et l'évolution de ses droits" et le 18 avril 2002 sur le thème "Responsables, d'accord mais de quoi ?"

La commission a étudié des thèmes relatifs aux activités des services et elle a été saisie d'un certain nombre de cas qui ont donné matière à ses travaux :

- Les rapports avec les autres autorités, le Tribunal tutélaire en particulier mais aussi les autres services de l'Etat, l'étude des mandats confiés aux services
- Liberté et sécurité
- Le secret de fonction
- Enfants et familles
- Les travailleurs sociaux
- Les crises et les urgences

La problématique "comment faire pour bien faire" se retrouvera toujours présente dans cette activité d'aide et d'accompagnement. La commission d'éthique a pu parfois aider à des prises de décision, elle a ainsi ouvert une voie de réflexion. Mais il reste à imaginer encore nombre de procédures, propres à aider ceux qui, sur le terrain, sont trop souvent seuls face à des responsabilités difficilement compatibles avec le temps qu'ils peuvent consacrer à chaque situation.

Les traumatismes intentionnels dans l'enfance : magnitude du problème, déterminants, propositions d'actions. (AVRIL 2003)

Anne TURSZ, pédiatre, épidémiologiste, Directeur de Recherche Inserm
Avec la collaboration de Pascale GERBOUIN-REROLLE, chargée de projets en santé publique et de Monique CROST, statisticienne, ingénieur d'études Inserm
INSERM U 502/CERMES3

Les traumatismes intentionnels dans l'enfance s'inscrivent dans le cadre plus général de la maltraitance à enfant, problème socio-sanitaire de plus en plus dénoncé dans de nombreux pays comme une priorité de santé publique. Ainsi dans son « Rapport mondial sur la violence et la santé » de 2002 [1], l'OMS, tout en soulignant le manque de données fiables, indique qu'on estime à 57 000 le nombre de décès d'enfants de moins de 15 ans par homicide survenus dans le monde en 2000, les très jeunes enfants étant les plus exposés (les taux parmi les enfants de 0 à 4 ans sont plus de deux fois plus élevés que ceux des enfants de 5 à 14 ans : 5,2 pour 100 000 vs 2,1). Les principales causes de ces décès sont les traumatismes crâniens, suivis par les traumatismes abdominaux et l'étouffement provoqué.

En France, le problème des mauvais traitements à enfants est régulièrement évoqué comme prioritaire, sans qu'on dispose pour autant de données épidémiologiques fiables, ni de vision claire et globale des stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge et surtout de leur évaluation. Il est à ce titre révélateur que, dans la synthèse effectuée par le HCSP de ses rapports de 1994, 1998 et 2002 [2] les mauvais traitements à enfants soient cités, dans le chapitre initial de méthodologie, comme « problème prioritaire » sans que ce thème soit abordé à aucun moment dans la suite du document.

L'objectif du présent texte est essentiellement de tenter de rassembler les chiffres disponibles en en discutant la fiabilité et de possibles pistes pour leur utilisation. Mais si on peut limiter la partie « données épidémiologiques » aux seuls « traumatismes intentionnels », on ne peut pas en revanche ne pas élargir la réflexion dans le domaine des interventions et des recommandations, les frontières étant souvent ténues entre négligence grave et violence par exemple, notamment quant aux facteurs de risque. Toutefois, la réflexion en terme d'interventions ne peut pas être aussi avancée que pour d'autres problèmes de santé, compte tenu des carences dans les connaissances. Notons enfin qu'un bref rappel de quelques définitions est nécessaire pour rendre accessible les chiffres présentés.

Définitions

Enfants en danger : ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque

Enfant maltraité : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique

Enfant en risque : tout enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais n'est pas pour autant maltraité.

3 Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société. Site CNRS. 7 rue Guy Môquet. 94801 VILLEJUIF Cedex.
01 49 58 36 40. E mail : tursz@vjf.cnrs.fr

Ces définitions sont celles de l'Observatoire national de l'enfance en danger, dans le Guide méthodologique de l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée) de 1981.

Les traumatismes intentionnels concernent les enfants victimes de violences physiques (violences sexuelles incluses), mais en sont exclus les abus sexuels non sources de lésions traumatiques (attouchements, stratégies de séduction inappropriées), les violences psychologiques et la négligence grave.

Le problème de l'intentionnalité est central et souvent très difficile à résoudre, notamment dans le cas du syndrome de l'enfant secoué. Dans cette pathologie, il y a « mauvais traitement » au sens littéral (l'enfant a des conséquences somatiques, souvent gravissimes, du traitement qui lui a été infligé) mais l'intention de nuire n'est pas toujours évidente. Dans certains cas, il y a coexistence entre les lésions cérébrales et rétiniques caractéristiques du secouement et des fractures des os ou des traumatismes viscéraux, et le diagnostic de traumatisme intentionnel ne fait guère de doute ; dans d'autres cas, le niveau éducatif élevé d'un parent qui secoue violemment un très jeune enfant (ne tenant pas encore sa tête notamment) laisse supposer qu'il n'ignore rien du caractère nuisible de son acte ; dans d'autres cas enfin, on ne sait que conclure (secouement pour stimuler ? pour ranimer un enfant qui fait un malaise ? pour jouer ?).

Retentissement du problème de santé en France

- **Situation actuelle**

1.1 Fréquence

En ce qui concerne la population générale, les seules données nationales, permettant d'identifier spécifiquement des « traumatismes intentionnels », sont celles de l'ODAS qui rapporte les chiffres de signalement de l'ASE (Aide sociale à l'Enfance). En 2000, l'ASE a signalé 18 300 enfants maltraités (dont 6 600 cas de violences physiques, 5 500 d'abus sexuels, 4 800 de négligences lourdes et 1 400 de violences psychologiques). Il existe des disparités régionales importantes dans ces signalements. Ainsi, on constate dans la région Nord-Pas-de-Calais une proportion d'enfants confiés à l'ASE qui dépasse de 35% la moyenne nationale [3].

Le principal problème méthodologique attaché à ces données est le biais de sélection social : l'opérateur principal étant l'ASE, par définition les cas de violences à enfants dans les classes socio-économiques les plus aisées échappent presque toujours au repérage et au signalement.

Un indice du sous-enregistrement par l'ASE de tous les cas de traumatismes intentionnels est donné par les chiffres de signalements de l'Education nationale. Au cours de l'année scolaire 2000-2001, dans 28 académies, et pour tous les établissements, de la maternelle aux divers types d'établissements du second degré, 39 277 examens ont été effectués par les médecins dans le cadre d'une suspicion de danger (dont 6750 pour violences physiques, et 1988 pour violences sexuelles) et le pourcentage de signalements à l'ASE n'a été que de 43% à partir des établissements du 1^{er} degré (maternelle et primaire) et de 34% à partir de ceux du deuxième degré. Ces données permettent d'avoir une estimation d'incidence, pour l'année considérée, de cas de danger et non de « traumatismes intentionnels » : 3 élèves scolarisés sur 1000 étaient concernés. Parallèlement à ces données fournies par les médecins, les signalements effectués à la même époque et dans les mêmes académies par les assistant(e)s sociaux, dans le secondaire, concernent 19 386 cas de situation de risque, dont 2393 suspicions de violences physiques et 1956 suspicions d'abus sexuels.

Les antécédents de mauvais traitements sont recherchés dans plusieurs enquêtes auprès de jeunes. Dans l'enquête menée auprès des jeunes de la PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse), 41% des garçons et 55% des filles ont été victimes d'une agression physique au cours de leur vie ; 6% des garçons et 34% des filles disent avoir subi une agression sexuelle [4]. Ce type d'étude rétrospective pose le problème des biais de mémorisation.

Par ailleurs, des études menées en milieu clinique montrent que des traumatismes intentionnels sont parfois suspectés devant certains types particuliers de lésions présentées comme d'origine accidentelle (les brûlures, les fractures du crâne et du fémur du nourrisson principalement). Toutefois la tendance à la suspicion est beaucoup moins développée en France qu'elle ne l'est dans d'autres pays, comme le montre deux études sur les brûlures graves d'enfants traitées en centre de brûlés, l'une française [5], l'autre américaine [6].

Enfin, les chiffres sur les violences exercées sur des enfants en milieu institutionnels sont rares. Une étude menée par la DGAS (Direction générale de l'Action sociale) sur les signalements émanant des institutions sociales et médico-sociales de 51 départements [7] a montré que les violences perpétrées en milieu institutionnel concernent les handicapés dans 96% des cas (et principalement les déficients mentaux) et que 64% de ces signalements concernent des mineurs. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de viols ou d'atteintes sexuelles, seuls ou associés à des violences physiques (chez 38 des 45 sujets du sexe masculin concernés ; chez 28 des 33 sujets du sexe féminin).

Le problème de la population à risque ne peut être abordé qu'après discussion sur les facteurs de risque et notamment sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des familles.

Compte tenu des incertitudes relatives à la population à risque, et du sous-enregistrement évident des cas de traumatismes intentionnels, il n'est pas possible de proposer des chiffres de fréquence (taux d'incidence et de prévalence) réalistes.

1.2 Gravité

- ***La mortalité***

Selon les données du CépiDc pour l'année 1999 [8], 40 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d'homicides, avec des taux de mortalité plus élevés chez les enfants les plus jeunes (1,5 avant 1 an ; 0,4 chez les enfants de 1 à 4ans ; 0,3 chez ceux de 5 à 9 ans et 0,2 chez ceux de 10 à 14 ans). En fait ces chiffres ne sont certainement pas le reflet de la réalité et le sous-enregistrement des cas est certain au niveau du codage des causes médicales de décès, du fait principalement du non-retour d'information vers l'Inserm en provenance des Instituts médico-légaux, en cas d'autopsie médico-légale. Ainsi les chiffres fournis pour la même tranche d'âge par la gendarmerie et la police nationales sont chaque année bien supérieurs (85 homicides pour la police et la gendarmerie versus 68 pour le CépiDc en 1996 ; 68 vs 50 en 1997 ; 108 vs 40 en 1998 ; 74 vs 40 en 1999). Or les chiffres de la police et de la gendarmerie sont eux aussi sous-estimés et ces organismes n'ont pas connaissance de tous les cas qui passent par les parquets.

C'est dans la tranche d'âge la plus touchée (celle des enfants de moins de 1 an) que les incertitudes sont les plus grandes. En effet l'analyse des données du CépiDc incite à se pencher plus particulièrement sur certaines causes dans la tranche d'âge des moins de 1 an qui est celle où les taux de mortalité sont le plus élevés pendant toute l'enfance (493,6 pour 100000 dans le sexe masculin, et 387,3 dans le sexe féminin, versus respectivement 27,6 et 21,7 dans la tranche d'âge des 1-4 ans, 14,2 et 12,4 dans celle des 5-9 ans, et 17,8 et 12,8 dans celle des 10-14 ans, en 1999). Certains phénomènes sont en effet troublants. Citons à titre d'exemples : 1) tout d'abord le pourcentage non négligeable de morts « de causes inconnues ou non déclarées » (182 cas, soit 5,3 % des causes de décès en 1997, respectivement 307 cas et 9,1 % en 1998, 165 cas et 5,1% en 1999) ; ensuite 2) le taux très élevé de décès dits accidentels (notamment par comparaison avec la plupart des autres pays européens), à un âge où l'enfant n'a que peu de capacités d'être acteur de son accident (18 pour 100 000 chez les garçons de moins de 1 an et 11,6 chez les filles en 1999, à comparer aux taux de 8,9 et 5,8 chez les enfants de 1-4 ans pour la même année), et surtout acteur d'un accident non lié à la circulation (taux de 15,1 et 8,5 en 1999, soit 84% de la mortalité accidentelle globale dans le sexe masculin, et 73% dans le sexe féminin). Les

statistiques sanitaires mondiales de l'OMS [9] indiquent qu'au Royaume-Uni, en 1997, le taux de mortalité accidentelle avant 1 an était de 6,5 dans les deux sexes, et en Suède, en 1996, de 4,3 pour les filles et 4,1 pour les garçons.

Par ailleurs, l'étude de l'évolution des causes de décès avant l'âge de 1 an depuis une vingtaine d'années montre que, pour ces causes particulières, on observe des changements dans le temps, souvent liés à des changements de diagnostic et de codage (par exemple diminution massive du taux des « suffocations alimentaires » et augmentation parallèle de celui des « morts subites du nourrisson »). En ce qui concerne plus particulièrement certains cas de morts violentes intentionnelles, des confusions ne sont pas impossibles avec d'autres diagnostics (« fausse route », mort subite, « accident »), ces confusions pouvant être plus ou moins délibérées et les diagnostics portés évoluant avec le temps.

Ce sont ces questions qui ont incité notre équipe à mettre au point une étude nationale sur les « morts suspectes de nourrissons de moins de 1 an », dans le cadre d'une demande plus large de la DGAS et avec son soutien [10]. Cette enquête qui vise à améliorer l'exhaustivité de l'enregistrement des morts violentes intentionnelles à cet âge par un recoupement des données des sources identifiées comme pertinentes (les services hospitaliers accueillant des nourrissons décédés, les services de transport en urgence de ces enfants, les parquets, les statistiques du CépiDc), quoique encore en cours, montre déjà la réalité de la sous-estimation du nombre des homicides avant 1 an. En effet les premiers résultats (à partir de 682 cas hospitaliers et 32 dossiers de parquets) montrent que :

- si l'on s'en tient aux signes cliniques et radiologiques évocateurs de mauvais traitements, 10% des enfants accueillis décédés dans les services hospitaliers (dans le cadre du protocole d'investigation de la mort subite inexpliquée du nourrisson) peuvent avoir été victimes de morts violentes intentionnelles, même si les pédiatres ne proposent ce diagnostic que dans 5% des cas ;
- il existe une surreprésentation masculine importante parmi les morts suspectes et reconnues comme violentes ;
- on a retrouvé plusieurs cas de répétition de morts suspectes (voire d'homicides) dans une même fratrie ;
- des entretiens menés auprès de pédiatres et urgentistes, il ressort bien qu'il existe une grande complexité des circuits après le décès, et une variabilité certaine du premier intervenant dont la nature conditionne souvent toute la suite (circuit emprunté, autopsie, signalement ou non...) ;
- toutes les investigations nécessaires ne sont pas toujours réalisées devant un décès inattendu, notamment l'autopsie ;
- on constate une importante variabilité et subjectivité des critères de suspicion de maltraitance, bien appréhendée notamment dans le cadre des entretiens. Il existe visiblement une crainte de commettre une erreur et de nuire à des familles ;
- le remplissage des certificats de décès est de qualité douteuse, d'où des problèmes de fiabilité des statistiques nationales de mortalité, principal outil d'évaluation des politiques de santé ;
- le croisement des données du parquet de Paris avec celle du CépiDc pour la même catégorie de sujets décédés (enfants de moins de 1 an, résidents de Paris), pour les années 1996 à 1999, permet de constater que le CépiDc a pu coder (à partir des certificats reçus) 0 homicide et 1 cas de mort « violente indéterminée quant à l'intention », tandis que 8 dossiers du parquet de Paris concernaient 6 homicides et 2 morts violentes en cours d'instruction. Parallèlement, les statistiques du DépiDc comportent 57 cas morts inconnues ou non déclarées.

Les incertitudes sur les possibilités du CépiDc de bien coder les homicides rendent prudents dans l'analyse de la répartition géographique de ces types de décès (notamment parce que les pratiques de transmission de l'information médico-légale varient d'un IML à un autre). Notons toutefois que pour la période 1994-1996, le taux d'homicides avant 1 an était de 2,8 pour 100 000 pour la France entière, de 1,9 pour l'Île de France et de 6,2 pour le Nord-Pas-de-Calais, ces taux étant respectivement de 1,9, 0,9 et 3,1 en 1997-1999.

- **Les conséquences à long terme**

Une revue récente de la littérature, principalement nord-américaine, sur les conséquences à long terme de la maltraitance physique dans l'enfance [11], identifie sept types de problèmes : les comportements agressifs et violents, les comportements criminels non-violents, l'abus de toxiques, les comportements auto-agressifs et suicidaires, les problèmes émotionnels, les problèmes relationnels, et les difficultés scolaires et professionnelles. Les auteurs de cet article soulignent les problèmes méthodologiques rencontrés dans le type d'études habituellement menées : études rétrospectives, portant sur des sujets présentant des pathologies suspectes de pouvoir résulter de mauvais traitements dans l'enfance, ou études cas/témoins portant sur de tels sujets par comparaison avec des sujets exempts de ces pathologies. Dans les deux cas, l'on peut craindre des biais liés à une mémorisation sélective dans l'un des groupes, habituellement celui des anciennes victimes. Une étude longitudinale prospective, publiée en 1996, a comparé à l'âge de 15 et 21 ans des sujets ayant subi des violences avant l'âge de 18 ans et des sujets indemnes et a retrouvé, chez les premiers, significativement plus de symptômes dépressifs, d'idées suicidaires et tentatives de suicide, d'anxiété et de problèmes émotionnels [12]. Des études françaises récentes retrouvent le même type de résultats : tentatives de suicide, surtout dans le sexe masculin, chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance [13, 14], pauvre estime de soi, peur de l'abandon et dépression chez des jeunes filles violées à l'âge de 13 ans ou plus [15], antécédents de violences physiques et sexuelles subies par des adolescents criminels, eux-mêmes souvent condamnés pour violence sexuelle [16].

Comme on le voit, l'accent est mis, dans beaucoup de publications, sur les troubles psychologiques, mais il existe des conséquences somatiques de la maltraitance, avec toutefois des frontières souvent incertaines entre les deux domaines pathologiques. En effet un large éventail de troubles est observé depuis ce qui relève de l'atteinte somatique pure (tels les troubles visuels graves constatés après des atteintes cérébrales sévères [17-20], notamment chez les enfants secoués [19, 20], ou des retards mentaux massifs séquelles d'hématomes cérébraux [19]), jusqu'aux plaintes somatiques dont le substratum anatomique n'est pas toujours clair, telles ces nausées et douleurs abdominales rapportées par des adolescentes ayant subi un viol dans leur enfance [14]. Il existe toute une littérature américaine récente sur la fréquence des antécédents de violences physiques, et tout particulièrement sexuelles, chez de jeunes femme venant consulter en gastro-entérologie [21-25], le diagnostic le plus souvent porté étant celui de syndrome du colon irritable [22, 23], volontiers associé à des douleurs pelviennes [25]. Dans certains cas, il semble bien difficile de faire la part de ce qui relève d'atteintes cérébrales et de troubles psycho-affectifs importants, comme c'est le cas pour les troubles d'apprentissage et tous les problèmes relevés dans le déroulement de la scolarité (troubles d'apprentissage chez l'adulte en lien avec des traumatismes crâniens intentionnels dans l'enfance [26], troubles du langage [27], troubles cognitifs chez des adolescentes ayant été victimes d'abus sexuels [28]).

Finalement nombreux sont les états pathologiques qui peuvent trouver leurs racines dans des violences infligées dans l'enfance. Il est important de noter ici qu'en France, si les problèmes de retentissement psychologique ou les graves problèmes de déficit intellectuel faisant suite à des hématomes intra-crâniens sont connus, si les conséquences sensorielles du syndrome de l'enfant secoué commencent à être décrites, toute une pathologie « fonctionnelle » reste sans doute méconnue, notamment de nombre de gynécologues et gastro-entérologues.

1. 3. Traumatismes intentionnels et niveau socio-économique

L'ODAS a attribué l'augmentation du nombre des signalements d'enfants en danger et maltraités entre 1992 et 1997 à un meilleur repérage de ces enfants mais aussi à la précarisation de la société qui fragilise la famille et altère son identité.

Dans une étude récente réalisée par le Centre international de l'Enfance et de la Famille [29] à la demande de la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES) de la ville de Paris et portant sur les

signalements d'enfants en danger, on a pu constater l'existence de cette vulnérabilité socio-économique dans la population de l'étude, mais on ne peut toutefois écarter un possible et important biais de sélection. En effet, dans cette étude, 49% des signalements provenaient des 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris, 35% du 10^{ème} au 15^{ème} et 10% des 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 16^{ème} et 17^{ème} arrondissements. On peut aisément imaginer que les travailleurs sociaux et médico-sociaux éprouvent instinctivement moins de méfiance pour les familles des « beaux quartiers ». Pourtant il a été largement reconnu que la maltraitance se rencontre à tous les niveaux de l'échelle économique [30]. D'ailleurs les départements qui transmettent leur signalements à l'ODAS ne citent que très peu les difficultés financières et le chômage comme facteur de danger, et insistent beaucoup plus sur les problématiques de type relationnel [31].

Il reste néanmoins communément admis qu'il existe une association forte entre classe sociale défavorisée et mauvais traitements à enfant. Ainsi les projets relatifs à la prévention de la maltraitance dans les PRS « santé des enfants et des jeunes » pour l'année 2000 dans la région PACA sont proposés pour les « territoires et quartiers vulnérables ». Or il y a bien là un problème méthodologique de fond : les recueils de données sur les violences ne sont jamais menés en population générale (les données disponibles sont produites par des organismes s'intéressant par mission aux classes socio-économiquement défavorisées), on ne dispose pas de données exhaustives sur une base géographique et on ne les rapporte généralement pas à la population générale de la même zone géographique. L'étude menée par notre équipe au parquet de Paris pour les années 1996-2000, dont les résultats doivent être tempérés par le petit nombre d'homicides ou de morts violentes suspectes recensés (N = 9), indique que, dans les 7 cas où la position professionnelle des parents est connue, 3 mères sont sans profession, 4 sont cadres supérieurs ou moyens (1 ethnologue, 2 avocates, 1 professeur des écoles), ces femmes étant âgées de 20 à 35 ans. La distribution que l'on aurait attendue à partir des caractéristiques de la population générale correspondante (les familles et les nourrissons résidant à Paris) est très voisine ; en effet, selon les données du recensement général de la population par l'INSEE en 1999, la position professionnelle déclarée pour les femmes âgées de 20 à 39 ans et résidant à Paris conduit à la répartition de positions professionnelles attendues suivante, dans notre échantillon : 2 cadres, 3 employée, ouvrière ou ayant une position non déclarée, 2 inactives. En ce qui concerne les pères on note la même comparabilité entre notre échantillon et la population générale. Parmi les 7 pères de notre échantillon : 3 sont ingénieurs, 1 est étudiant en informatique, 1 est ouvrier, 1 est inactif, 1 est inconnu.

Il apparaît donc que si l'on veut essayer de définir une population à risque, cela ne peut pas être sur des critères démographiques et socio-économiques. En fait le niveau socio-économique est un déterminant lié à d'autres et il existe des interactions complexes qui seront évoquée au paragraphe sur les déterminants.

• Évolution

L'évolution des signalements d'enfants maltraités de l'ASE entre 1994 et 2001 est indiquée dans le tableau ci-dessous, extrait de la lettre de l'Observatoire national de l'enfance en danger [32, 33].

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Enfants maltraités	17 000	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500	18 300	18 000
<i>Dont violences physiques</i>		7 000	7 500	7 000	7 000	6 500	6 600	5 800

L'augmentation des cas d'enfants maltraités entre 1994 et 1996 s'explique probablement en grande partie par un meilleur repérage plutôt que par une augmentation réelle des cas de violences, notamment du fait de la forte médiatisation, à cette époque, des phénomènes de maltraitance, l'amélioration de la formation des travailleurs

sociaux, et le recours plus usuel au SNATEM (service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée). Entre 1995 et 2000, le chiffre de signalements pour violences physiques est resté globalement stable.

En ce qui concerne la mortalité, il est nécessaire d'agréger plusieurs années pour faire des comparaisons dans le temps, compte tenu du faible nombre de cas annuels enregistrés par le CépiDc. Le taux d'homicides avant 1 an est, pour la France entière, de 1,73 pour 100 000 pour la période 1980-1989 et de 2,26 pour la période 1990-1999. Cette augmentation est à analyser avec prudence, et en relation avec les modifications éventuelles dans les pratiques de certification des décès et de transmission des données des autopsies médico-légales.

Il est hasardeux de parler d'« évolution prévisible » en l'état actuel de carences en données suffisamment fiables pour servir d'indicateurs de suivi. Une telle évolution serait aussi liée à des stratégies décrites dans les recommandations.

- **Place de la France parmi les pays européens.**

Seuls les chiffres de mortalité se prêteraient théoriquement à des comparaisons internationales mais les incertitudes sont trop grandes quant à leur fiabilité dans les divers pays européens et quant aux causes d'inexactitude qui peuvent varier d'un pays à un autre.

Définition et analyse des déterminants

La littérature scientifique internationale est assez unanime sur les principaux facteurs de risque de violences à enfants et distingue des facteurs propres à l'enfant et des facteurs liés à son environnement.

- ***Les facteurs propres à l'enfant sont principalement :***
 - la prématurité
 - l'hospitalisation à la naissance (surtout si la séparation avec la famille est longue)
 - les placements
 - le caractère « peu gratifiant » pour les parents : bébé qui pleure beaucoup, n'entraîne pas facilement de sentiment d'attachement
 - plus tard dans la vie : la faible estime de soi
 - la présence d'un handicap ou d'une maladie chronique (génétique ou non) n'a pas un rôle reconnu de façon claire sinon par le biais de séparations répétées liées à des hospitalisations ou placements itératifs.
- ***Les facteurs familiaux qui ont été décrits dans diverses études, sont multiples :***
 - la séparation précoce mère-enfant
 - la dépression du post-partum
 - le très jeune âge de la mère
 - la primiparité
 - le non suivi de la grossesse
 - les grossesses multiples et rapprochées
 - les antécédents psychiatriques dans la famille et plus particulièrement chez la mère
 - l'alcoolisme
 - la consommation de drogues
 - les violences domestiques, en particulier conjugales
 - l'incarcération d'un des parents
 - la monoparentalité
 - l'isolement

- la présence d'un beau-père et d'enfants issus de parents différents (les résultats de diverses études sur ce sujet étant contradictoires de pays à pays et suivant les études)
- la désinsertion sociale
- les antécédents de décès, de placement, de mesures éducatives... dans la fratrie
- les graves difficultés économiques et le chômage.

Certains de ces facteurs de risque, tels que la toxicomanie, l'alcoolisme chronique ou la pathologie psychiatrique grave chez la mère, sont aussi ceux de la négligence grave (enfants laissés sans nourriture, hygiène ou soins médicaux) et, comme l'a montré l'étude réalisée par notre équipe [10], ces négligences peuvent être mortelles, surtout chez le très jeune enfant. On voit bien ici combien la frontière entre négligence (mauvais traitements par omission) et traumatismes intentionnels (passage à l'acte) est imprécise.

Les hospitalisations en période néonatale, liées ou non à la prématurité, facteurs de séparation précoce entre la mère et son enfant, et la dépression du post-partum sont des causes majeures de non-attachement entre la mère et son enfant. L'attachement peut aussi s'avérer difficile pour les mères adolescentes, et les primipares en général (éventuellement mal averties des exigences d'un nouveau-né), surtout si elles sont seules et sans soutien psychologique. La littérature récente privilégie cette approche psycho-affective dans l'analyse des déterminants des mauvais traitements à enfant et le mauvais investissement affectif d'un enfant est considéré comme le facteur le plus délétère, aboutissant à de graves troubles de la parentalité, la place des facteurs démographiques et socio-économiques classiques paraissant beaucoup moins importante.

Ainsi, une étude menée en Australie et concernant 151 enfants vus à la naissance et revus à 7 mois a montré que les scores élevés sur une échelle prédictive de maltraitance n'étaient liés ni à la pauvreté, ni à la monoparentalité, ni au jeune âge de la mère, ni à ses éventuels antécédents psychiatriques, mais à deux variables seulement : la dépression du post-partum et les difficultés perçues à « s'en sortir » [34]. Une étude menée à Pittsburgh sur le rôle des « affects négatifs » des parents (dépression, anxiété, hostilité) a des résultats cohérents avec l'étude australienne, et montre que la dépression joue le rôle le plus important et que la violence est une réponse aux « événements adverses » [35]. De telles données suggèrent que les difficultés économiques par exemple n'ont de conséquences en terme de violences infligées aux enfants que chez des parents psychologiquement incapables de faire face. La « population à risque » apparaît dès lors essentiellement caractérisée par des problèmes affectifs, ce qui suppose des difficultés de repérage bien plus complexes que dans le cas de populations définissables selon des critères démographiques ou socio-économiques. Il faut donc prendre en compte à la fois les notions de « population à risque » et de « situation à risque ». Ainsi certaines familles psychologiquement fragiles vont être particulièrement vulnérables face à des situations difficiles et les facteurs économiques, le chômage... vont jouer le rôle de facteurs « précipitants ». D'un autre côté, il est clair qu'il existe des mères et des pères dont l'immaturation affective est telle qu'ils ne peuvent pas faire face aux demandes d'un tout jeune bébé, surtout s'il est un peu difficile. Ceci ressort particulièrement bien des dossiers examinés dans les parquets dans le cadre de la recherche menée par notre équipe [10]. On ne peut pas véritablement parler ici de situation à risque (dans laquelle il y aurait brutalement cumul de facteurs de risque), la cause du problème est profonde et permanente.

Plusieurs études indiquent que, par comparaison avec d'autres déterminants, la dépression semble être un facteur de gravité des mauvais traitements et être la source de violences particulièrement sévères. Si l'on se réfère à la forme la plus grave de traumatisme intentionnel, l'homicide, deux facteurs de gravité propres à l'enfant émergent avant tout : son très jeune âge, et son sexe (la surmortalité masculine est massive dans toutes les études).

Les interventions

- **1. Le dépistage des traumatismes intentionnels.**

Une large partie de ces traumatismes, notamment les plus sévères, sont vus par les professionnels de la santé, particulièrement dans le cadre des urgences hospitalières. Il n'est pas rare que ces traumatismes soient présentés comme d'origine accidentelle, sans qu'on puisse donner une estimation précise du degré de la sous-évaluation des lésions traumatiques d'origine intentionnelle. En effet beaucoup de professionnels ne les reconnaissent pas ou sont réticents à admettre leur cause réelle, même lorsqu'il s'agit de cas mortels, comme nous avons pu le voir dans le cadre de la partie hospitalière de notre étude [10]. Ainsi, il est frappant de constater que les pédiatres ont rapporté des signes cliniques et radiologiques fortement évocateurs de maltraitance dans 65 cas, alors qu'ils n'ont proposé le diagnostic de mort suspecte ou violente que dans 36 cas. Dans la même étude, les examens nécessaires pour asseoir le diagnostic n'ont pas toujours été réalisés, notamment l'autopsie qui n'a pas été faite dans 20% de ces cas de signes évocateurs de violences intentionnelles. Pourtant lorsque l'autopsie est réalisée, elle multiplie par plus de 2 le pourcentage de morts suspectes ou violentes parmi l'ensemble des décès de nourrissons de moins de 1 an inclus dans notre échantillon hospitalier. Cette situation, malgré l'obligation de signalement, s'explique par de nombreuses réticences (allant de l'angoisse devant l'inacceptable à la crainte de perdre la confiance d'autres familles, en passant par le manque de confiance dans les solutions proposées par les services sociaux ou la justice) [36].

Des techniques simples existent pour favoriser le repérage des traumatismes intentionnels dans les consultations d'urgence hospitalières. Ainsi, une étude britannique récente a montré que le fait d'inclure, dans les dossiers remplis aux urgences, un algorithme simple de diagnostic du caractère intentionnel d'une lésion traumatique présentée par un enfant, augmentait considérablement la prise de conscience du problème, sa reconnaissance et son signalement [37].

- **2. La prise en charge des traumatismes intentionnels**

On ne saurait exposer ici dans le détail de toutes les stratégies développées, notamment à la suite de la loi du 10 juillet 1989, pour prendre en charge les enfants maltraités (maintien dans le milieu familial et action éducative, placement, judiciarisation du problème pouvant aller jusqu'aux poursuites pénales). En revanche il paraît important de souligner la pauvreté de l'évaluation de ces différentes stratégies (études du devenir à long terme des enfants placés par comparaison avec ceux ayant fait l'objet d'un maintien dans leur foyer et d'une assistance éducative, notamment). Il n'existe pour ainsi dire pas de données longitudinales, françaises ou étrangères, sur des périodes longues. Plusieurs explications peuvent être proposées devant ce phénomène particulièrement surprenant dans le cas de la littérature scientifique américaine, les États-Unis ayant une très forte culture de l'évaluation des interventions. Tout d'abord sur le plan méthodologique, de telles études longitudinales voient leurs résultats très difficiles à interpréter du fait du nombre habituellement élevé de sujets perdus de vue ; de plus l'efficacité de telle ou telle stratégie est difficile à mesurer compte tenu de la singularité de chaque cas et des problèmes éthiques que poseraient des techniques du type de l'essai contrôlé (maintien dans le milieu familial ou non par exemple). Ces difficultés sont un argument de plus, s'il était nécessaire, en faveur de la prévention primaire. Et c'est là sans doute que se trouve la deuxième explication de la pauvreté de la littérature anglo-saxonne sur l'évaluation des prises en charge des enfants victimes de mauvais traitements : le choix a été fait de donner la priorité à la prévention, dans les actions comme dans les recherches.

La prise en charge des traumatismes intentionnels doit comporter la prévention des récives, et notamment dans la fratrie, existante et surtout à naître, grâce à la prise en charge de la famille par les services appropriés (sociaux, voire judiciaires dans certains cas). Nous avons malheureusement pu constater dans notre étude auprès des services hospitaliers que, dans 9% des morts considérées comme suspectes ou violentes, ni la PMI ni la justice n'ont été alertées ni même contactées. Il est vrai qu'un retour d'information ne parvient aux pédiatres que dans 1/3 des cas de signalement de morts suspectes, ce qui peut induire une certaine démotivation. Nous avons également

pu constater plusieurs cas de morts itératives dans les mêmes familles. Ce problème de non-retour de l'information ne concerne pas que les relations entre médecine et justice ; ainsi, en 2001, dans seulement la moitié des départements l'ASE avait connaissance de toutes les transmissions par le procureur au juge des enfants et ce pourcentage était de 34% pour les classements sans suite du procureur [33].

- **3. La prévention**

Elle repose sur deux éléments clés : la définition de la population à risque ou des situations à risque et la formation des professionnels intervenant dans le champ de la petite enfance à détecter les familles vulnérables puis à les soutenir.

En France, la loi du 10 juillet 1989, suivie du décret du 9 décembre 1991, a rendu obligatoire la formation initiale et continue (sur le thème de la maltraitance à enfant) des médecins, de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, des travailleurs sociaux, des magistrats, des enseignants et des personnels de la police nationale et de la gendarmerie. Pourtant, une étude menée dans le Nord-Pas-de-Calais entre 1998 et 2001 [38] auprès de plus de 300 de ces professionnels, a montré que 56% de la population enquêtée n'avait reçu aucune formation, que dans la majorité des cas les formations dispensées étaient des formations courtes et que la motivation des inscriptions en formation était liée à l'obligation de formation par les institutions, et à la fréquence et la difficulté des cas rencontrés dans la pratique professionnelle quotidienne. Ce sont les médecins généralistes qui ont été le plus réticents vis à vis de ces formations.

Dans tous les pays, les orientations actuelles en matière de prévention de la maltraitance sont cohérentes avec les données de la littérature sur les facteurs de risque : la plupart des actions engagées sont des interventions très précoces, en période post natale (surtout si une dépression du post-partum a été dépistée), voire même en anténatal. Plusieurs études d'interventions évaluées, menées aux États-Unis, montrent l'efficacité des actions visant à améliorer les compétences parentales dans le cadre d'un suivi dès la naissance dans des consultations [39] ou lors de visites à domicile par des infirmières [40], cette seconde stratégie étant la plus efficace car minimisant les problèmes d'accès pour les familles et d'abandon du suivi.

En France, les PRS « santé des enfants et des jeunes » vont dans ce sens, avec, dans la région PACA, un objectif de « soutien parental » et d'« accompagnement médical et psychologique de la grossesse à l'âge de 1 an », et surtout dans le Nord-Pas-de-Calais, avec des objectifs tels que « favoriser la qualité des liens d'attachement parents-enfant », « soutenir les parents isolés ou en difficulté », « repérer les dépressions du post-partum », « améliorer la capacité des professionnels à repérer les troubles de l'attachement », « réduire les séparations parents-enfants évitables », « améliorer la capacité des professionnels à reconnaître, valoriser et soutenir les compétences parentales », « favoriser la continuité de la prise en charge (anténatale, naissance et postnatale) ». Il faut néanmoins noter un certain décalage entre les priorités affichées et les actions entreprises : sur 143 programmes listés dans le Bilan des actions 2001 du Nord-Pas-de-Calais, 13 concernent la maltraitance (dont 3 sont des actions d'information très générale). Il faut aussi souligner le problème que pose le raccourcissement actuel des séjours en maternité par rapport au dépistage de la dépression du post-partum.

Comment construire des stratégies efficaces

Le contexte est celui d'un intérêt toujours un peu « chancelant » pour la petite enfance. Ainsi sur les 7 régions de France qui développent des PRS « santé des enfants et des jeunes », 3 seulement ont des actions dirigées vers les jeunes enfants : PACA, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais, et ce n'est que dans cette dernière région qu'on note des programmes s'adressant vraiment à la toute petite enfance. Ainsi, en PACA, les actions sont beaucoup plus orientées vers les adolescents et les jeunes et plus particulièrement vers les problèmes de grossesses

précoces, conduites addictives et tentatives de suicides. Il est indiscutable qu'il s'agit là de problèmes prioritaires, que la structure par âge des régions concernées n'est pas la même et donc que les priorités peuvent être légèrement différentes. Toutefois, il paraît regrettable de focaliser toute son attention sur les adolescents, plus bruyants et socialement dérangeants, en oubliant que les nourrissons sont les adolescents de demain et que la prévention très précoce est le meilleur garant d'un développement harmonieux tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Il faut aussi rappeler ici que les financements sont plus faciles à obtenir pour les actions envers les adolescents et que cette population est d'accès plus facile que les très jeunes enfants...

- **1. La recherche**

Les traumatismes intentionnels, et les mauvais traitements de manière générale, sont un des domaines dans lesquels il reste beaucoup à faire en terme de recherche. Citons brièvement :

- la poursuite des études épidémiologiques visant à mesurer la magnitude réelle du problème et à identifier les sources d'information appropriées et la manière de les utiliser
- le développement de critères d'identification (non biaisés) des populations et situations à risque
- la mise au point d'études rigoureuses (longitudinales prospectives) du devenir à long terme d'enfants victimes de mauvais traitements en fonction des stratégies de prise en charge
- la réalisation d'études sur le syndrome de l'enfant secoué : part des cas avec violences associées ; devenir à long terme et évaluation des prises en charge médicales lourdes (en relation avec les critères de gravité clinique initiale)

- **2. Les interventions**

Elles s'inscrivent actuellement dans le cadre d'une multitude d'organismes et associations (AFIREM, La voix de l'enfant, Enfance et partage, la Fondation pour l'enfance, le Comité français de protection de l'enfance...) dont il serait utile d'examiner la complémentarité et pour lesquelles on pourrait, dans certains cas, évaluer le fonctionnement en relation avec les missions (citons notamment les objectifs de recherche rarement remplis).

En ce qui concerne la prévention primaire, une réflexion paraît nécessaire sur la possibilité d'organiser un repérage des dépressions associées à la grossesse et de repenser l'hospitalisation en post-partum. L'orientation actuelle d'éducation et de soutien à la parentalité est certainement à privilégier, si on se réfère aux expériences étrangères et aux problèmes d'immaturation affective des parents gravement maltraitants (voire filicides). On ne peut qu'encourager les formations de professionnels visant à reconnaître les vrais facteurs de vulnérabilité et à développer les compétences parentales.

Dans le domaine du dépistage et de la prise en charge des traumatismes intentionnels, les difficultés de communication (vocabulaire différents, outils différents) et de collaboration des divers secteurs professionnels concernés (justice, médecine, services sociaux, police) retrouvées dans la recherche menée par notre équipe [10] nous ont conduits à proposer l'organisation d'une Conférence de consensus qui associerait les professionnels de ces secteurs.⁴ Une telle conférence aurait pour objectifs de définir :

- des critères standardisés de suspicion de maltraitance, de classification des grandes causes de décès, et de signalement
- des stratégies pour améliorer certaines procédures : principalement celles qui concernent la collaboration entre services hospitaliers, PMI et justice, et celles relatives au remplissage et au circuit des certificats de décès. En effet par une meilleure certification des causes de décès et par une amélioration du retour de l'information du secteur médico-légal vers le CépiDc, il deviendrait possible de produire des statistiques nationales plus fiables et donc plus susceptibles de guider les politiques de santé publique et de permettre des comparaisons internationales.

⁴ Le recueil de données nécessaires et l'élaboration de recommandations pour l'organisation d'une telle conférence ont fait l'objet d'une demande de financement auprès de la DGS

• 3. Un système fiable d'information et de suivi des actions ?

La poursuite d'une collecte de données à partir de sources multiples devrait permettre de dépasser les incohérences et contradictions entre chiffres, évoquées au début de ce document et aider à tester la faisabilité puis à mettre en place un outil de surveillance épidémiologique tel qu'un **observatoire de la maltraitance** (envisagé actuellement), notamment par :

- la création d'un vocabulaire commun aux diverses professions concernées (médecine, police, justice, services sociaux)
- l'obtention d'un consensus sur les items d'une base de données minimales (introduction de variables communes dans les logiciels d'exploitation informatique au niveau des hôpitaux et des parquets par exemple).

Un tel organisme pourrait être le garant de données statistiques fiables, contribuer à définir les populations et situations à risque, aider divers partenaires à élaborer des interventions (surtout dans l'hypothèse de l'existence de niveaux locaux de l'Observatoire), suivre des évolutions, à la condition toutefois, compte tenu de l'ampleur et de la complexité du sujet, de procéder par étapes, et non de chercher à aborder d'emblée tous les aspects de la maltraitance, de l'homicide aux cruautés sur le plan psychologique.

La mise en place d'un tel Observatoire ne peut être envisagée qu'en articulation avec le SNATEM, dont le travail est considérable et les missions en cohérence avec celles d'un observatoire, après une réflexion approfondie avec tous les partenaires potentiels dont la coopération doit être acquise sans réticence, et dans l'assurance du respect de la confidentialité de tout signalement.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 2002. OMS.
2. Haut Comité de la Santé Publique. Recueil des principaux problèmes de santé en France. Contribution du HCSP à l'élaboration de la loi de programmation en santé publique. Paris, 2002.
3. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Conférence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes ». 1999.
4. Choquet M, Ledoux S. Adolescents de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Paris, 1998. Inserm.
5. Capon-Degardin N, Martinot-Duquennoy V, Lesage-Maillard V *et al.* Brûlures de la face chez l'enfant : à propos de 197 cas. *Ann Chir Plast Esthet* 2001; 46: 190-195.
6. Hultman CS, Priolo D, Cairns BA, Grant EJ, Peterson HD, Meyer AA. Return to jeopardy: the fate of pediatric burn patients who are victims of abuse and neglect. *J Burn Care Rehabil* 1998; 19: 367-376.
7. Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Direction Générale de l'Action Sociale. Statistiques sur la maltraitance dans les institutions sociales et médico-sociales. Document de statistiques. Paris, 2002.
8. Inserm. Causes médicales de décès. Année 1999. Résultats définitifs France. Liste simplifiée S9. Paris, 2002. Inserm/CépiDc.
9. Organisation Mondiale de la Santé. 1997-1999 World Health Statistics Annual. Genève. <http://www3.who.int/whosis/>
10. Tursz A, Gerbouin-Rérolle, Crost M, Baer P. Étude des conséquences graves de la maltraitance méconnue dans l'enfance. Rapport final à la Direction Générale de l'Action sociale. Paris, 2002. Inserm U502/Cermes.
11. Malinosky-Rummel R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993 ; 114 : 68-79.
12. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 1996 ; 20 : 709-723.
13. Choquet M, Darves-Bornoz JM, Ledoux S, Manfredi R, Hassler C. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France : results of a cross-sectional survey. *Child Abuse Negl* 1997 ; 21 : 823-832.
14. Darves-Bornoz JM, Choquet M, Ledoux S, Gasquet I, Manfredi R. Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 ; 33 : 111-117.
15. Darves-Bornoz JM, Lépine JP, Choquet M, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in rape victims. *Eur Psychiatry* 1998 ; 13 : 281-287.
16. Huerre P, Huerre C. La violence juvénile à partir d'expertises réalisées auprès de 100 adolescents criminels et de 80 adolescents victimes de crimes ou agressions. *Nervure* 2000 ; 13 : 51-56.
17. Roussey M, Betremieux P, Journal H, Lefrançois MC, Urvoy M. L'ophtalmologie et les enfants victimes de sévices. *J Fr Ophtalmol* 1987 ; 10 : 201-205.

18. Yoo R, Logani S, Mahat M, Wheeler MC, Lee DA. Vision screening of abused and neglected children by the UCLA Mobile Eye Clinic. *J Am Optom Assoc* 1999 ; 70 : 461-469.
19. Duhaime AC, Christian C, Moss E, Seidl T. Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrom. *Pediatr Neurosurg* 1996 ; 24 : 292-298.
20. Matthews GP, Das A. Dense vitreous hemorrhages predict poor visual and neurological prognosis in infants with shaken baby syndrom. *J Pediatr Ophtalmol Strabismus* 1996 ; 33 : 260-265.
21. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice : how types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 1996 ; 58 : 4-15.
22. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Katon WJ. Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrom or inflammatory bowel disease. *Psychol Med* 1995 ; 25 : 1259-1267.
23. Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrom and abuse explained by neuroticism ? A population based study. *Gut* 1998 ; 42 : 47-53.
24. Roberts SJ. The sequelae of childhood sexual abuse : a primary care focus for adult female survivors. *Nurse Pract* 1996 ; 21 : 42, 45, 49-52.
25. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Green C, Katon WJ. Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrom. *J Psychosom Obst Gynaecol* 1996 ; 17 : 39-46.
26. Litke L. Severe childhood abuse and non-verbal learning disabilities. *Am J Psychother* 1998 ; 52 : 367-381.
27. Fox L, Long SH, Langlois A. Patterns of language comprehension deficit in abused and neglected children. *J Speech Hear Disord* 1988 ; 53 : 239-244.
28. Cornman BJ. Female adolescent response to childhood sexual abuse. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1997 ; 10 : 17-25.
29. Josse D, Rey C, Crost M, Collet A, Tursz A, Surgal L, Bertolus C. Étude des signalements d'enfants. Rapport à la DASES de Paris. Paris, 1997. CIDEF.
30. Gabel M, Lebovici S, Mazet P. Maltraitance. Répétition, évaluation. Paris, 1996. Editions Fleurus, Collection Psychopédagogie.
31. Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre. N° spécial, novembre 2000. ODAS.
32. Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre. N° spécial, novembre 2001, et la Lettre de l'ODAS de novembre 2002. ODAS.
33. Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre de l'ODAS, novembre 2002. ODAS.
34. Cadzow SP, Armstrong KL, Fraser JA. Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse Negl* 1999; 23: 845-853.
35. Mammen OK, Kolko DJ, Pilkonis PA. Negative affect and parental aggression in child physical abuse. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 407-424.
36. Gabel M. La maltraitance faite aux enfants. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 2000 ; 31 : 26-34.
37. Benger JR, Pearce V. Simple intervention to improve detection of child abuse in emergency departments. *Br Med J* 2002; 324: 780.
38. Cothenet S. Maltraitance infantile: le développement des compétences individuelles et collectives des professionnels. Présentation à un atelier de l'INRP. <http://www.inrp.fr/Acces/Biennale/6biennale/Contrib/>
39. Huebner CE. Evaluation of a clinic-based parent education program to reduce the risk of infant and toddler maltreatment. *Public Health Nurs* 2002; 19: 377-389.
40. Eckenrode J, Zielinski D, Smith E et al. Child maltreatment and the early onset of problem behaviors: can a program of nurse home visitation break the link? *Dev Psychopathol* 2001; 13: 873-890.

La maltraitance dans l'enfance : peut-on mesurer la magnitude du problème en France ? À partir de quelles données épidémiologiques ?

Auteur : Anne TURSZ, pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche Inserm

Adresse professionnelle : Inserm U 502/Cermes (Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société).
Site CNRS. 7 rue Guy Môquet. 94801 Villejuif Cedex.

Tél : 01 49 58 36 40 (ligne directe) - Fax : 01 49 58 34 38 - E mail : tursz@vjf.cnrs.fr

Les mauvais traitements dans l'enfance constituent un problème socio-sanitaire de plus en plus dénoncé dans de nombreux pays comme une priorité de santé publique. Ainsi dans son « Rapport mondial sur la violence et la santé » de 2002 [30], l'OMS, tout en soulignant le manque de données fiables, indique qu'on estime à 57 000 le nombre de décès d'enfants de moins de 15 ans par homicide survenus dans le monde en 2000, les très jeunes enfants étant les plus exposés (les taux parmi les enfants de 0 à 4 ans sont plus de deux fois plus élevés que ceux des enfants de 5 à 14 ans : 5,2 pour 100 000 vs 2,1).

En France, le problème des mauvais traitements à enfants est régulièrement évoqué comme prioritaire, sans qu'on dispose pour autant de données épidémiologiques véritablement fiables. Il est à ce titre révélateur que, dans la synthèse effectuée par le Haut Comité de Santé Publique de ses rapports de 1994, 1998 et 2002 [11] les mauvais traitements à enfants soient cités, dans le chapitre initial de méthodologie, comme « problème prioritaire » sans que ce thème soit abordé à aucun moment dans la suite du document, sans doute en grande partie faute de bases épidémiologiques scientifiquement solides sur lesquelles asseoir une réflexion et des propositions d'action.

Dans le domaine de la maltraitance, les définitions les plus communément utilisées sont celles de l'Observatoire national de l'enfance en danger, telles que fournies par le Guide méthodologique de l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée) [26].

Enfants en danger : ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque ;

Enfant maltraité : tout enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ;

Enfant en risque : tout enfant qui connaît des conditions d'existence qui risquent de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais n'est pas pour autant maltraité.

Le problème de l'intentionnalité est central et souvent très difficile à résoudre, comme le montre bien l'exemple du syndrome de l'enfant secoué. Dans cette pathologie, il y a « mauvais traitement » au sens littéral (l'enfant a des conséquences somatiques, souvent gravissimes, du traitement qui lui a été infligé) mais l'intention de nuire n'est pas toujours évidente. Notons aussi que c'est pour les enfants victimes de violences physiques et sexuelles que les données épidémiologiques sont le moins complexes à analyser, les notions de négligence ou de violence psychologique étant plus sujettes à interprétations variées suivant les personnes qui constatent les faits et recueillent les données.

On ne s'intéressera ici qu'à l'apport de l'épidémiologie descriptive qui vise essentiellement à identifier des cas et à mesurer des fréquences et on présentera donc les chiffres actuellement disponibles sur la maltraitance envers les enfants, en s'appuyant sur des données rassemblées à partir de sources officielles multiples et en s'interrogeant sur leur fiabilité. Ces sources d'information sont en effet hétérogènes quant au type d'institution concerné, au mode de recueil des données, au niveau de détail de ces dernières et aux définitions utilisées.

I. Les mauvais traitements : leur signalement, leur fréquence, la morbidité

• A. Les données en population générale

• 1. Les sources d'information

Les chiffres présentés ici ont été collectés à partir des sources suivantes :

- la principale source, représentée par l'Observatoire de l'Enfance en danger, qui, au sein de l'ODAS, rassemble et traite statistiquement les chiffres des Conseils généraux et de l'Aide sociale à l'Enfance (ASE) ;
- le Département de l'Enseignement scolaire (DESCO) du Ministère de l'Éducation nationale
- la Direction centrale de la Police judiciaire (Division des études) pour les données de la Police et de la Gendarmerie nationales ;
- le Service national téléphonique pour l'enfance maltraitée (SNATEM, également connu sous l'appellation 119).

On a utilisé les lettres d'information et rapports annuels de ces organismes [1, 22, 27, 28, 37], des demandes d'informations complémentaires ayant parfois été nécessaires (notamment auprès de la Police nationale et de l'Éducation nationale), ainsi qu'une présentation différente de certaines données par rapport aux documents d'origine.

Ce recueil de données ne peut pas prétendre à l'exhaustivité mais les principaux organismes impliqués dans le signalement des mauvais traitements envers les enfants sont ici représentés.

• Les chiffres actuels

En 2002, les données publiées par l'ODAS indiquent que l'ASE a signalé 18 500 enfants maltraités (dont 5 600 cas de violences physiques, 5 900 d'abus sexuels, 5 000 de négligences lourdes et 2 000 de violences psychologiques). Si le nombre d'enfants maltraités reste stable (18 300 en 2000), la typologie des mauvais traitements en 2002 confirme la tendance esquissée en 2000 : les signalements pour abus sexuels augmentent légèrement tandis que ceux pour violences physiques diminuent. Il existe des disparités régionales importantes dans ces signalements. Ainsi, on constate dans la région Nord-Pas-de-Calais une proportion d'enfants confiés à l'ASE qui dépasse de 35% la moyenne nationale [23].

Le Tableau I montre (pour l'année 2000) les difficultés de comparer entre eux les chiffres des différentes sources du fait de différences dans les zones géographiques couvertes, les tranches d'âge, les définitions. Dans tous les cas les recoupements entre les diverses sources sont difficiles voire impossibles. Même lorsqu'une même population est concernée (les élèves des établissements du second degré), les chiffres diffèrent selon l'intervenant (médecins ou assistantes sociales) et les nombreux doublons ne sont pas identifiables. S'ils ne sont pas identifiables à l'intérieur d'un même organisme, ils le sont encore moins d'un organisme à un autre. Ainsi, en une année scolaire (2000-2001) un peu plus de 12 000 (soit 31% de 39 277) enfants scolarisés dans l'ensemble des établissements scolaires ont été signalés, comme en danger, à l'ASE par les médecins de l'Éducation nationale. Quelle proportion de ces 12 000 enfants se retrouve-t-elle dans les 83 800 cas enregistrés en 2000 par l'ODAS à partir de l'ASE ? La très grosse différence entre les deux chiffres relève sans doute d'explications multiples : signalements à l'ASE d'enfants très jeunes, pas encore scolarisés ; autres circuits de signalement ; durée plus brève d'une année académique par rapport à une année scolaire ; différences de couverture géographique des deux recueils. Quel est le poids de chacune de ces hypothèses ? Quelles sont les autres explications envisageables ?

En 2000, le 119 a reçu 22 782 appels pour mauvais traitements physiques, psychologiques ou sexuels sur mineurs. Ce chiffre est à comparer aux 18 300 cas de l'ODAS/ASE (qui a une définition plus large des mauvais traitements). Là encore les doublons existent sûrement mais ne sont pas identifiables. Il faut d'ailleurs noter que le nombre des transmissions par le 119 vers les conseils généraux est faible (6030), principalement du fait des demandes de beaucoup d'appelants de garder l'anonymat.

Finalement le rassemblement de ces données laisse l'impression d'une grande hétérogénéité et d'une difficulté certaine à évaluer l'ampleur du problème. Seuls les services de l'Éducation nationale possèdent un dénominateur leur permettant de calculer une fréquence : au cours de l'année 2000-2001, on a ainsi identifié 3 enfants en danger et 0,9 enfant maltraité pour 1000 élèves.

- **3. L'évolution**

L'évolution des signalements d'enfants maltraités par l'ASE entre 1994 et 2002 est indiquée dans le tableau II [27, 28].

L'augmentation des cas d'enfants maltraités entre 1994 et 1996 s'explique probablement en grande partie par un meilleur repérage plutôt que par une augmentation réelle des cas de violences, notamment du fait de la forte médiatisation, à cette époque, des phénomènes de maltraitance, l'amélioration de la formation des travailleurs sociaux, et le recours plus usuel au SNATEM (service national d'accueil téléphonique de l'enfance maltraitée). Entre 1995 et 1999, le chiffre de signalements pour violences physiques est resté globalement stable ; il a tendance à baisser maintenant. Celui des abus sexuels a récemment augmenté et celui des négligences lourdes diminué.

- **B. Les données recueillies dans des populations spécifiques**

Les chiffres sur les violences exercées sur des enfants en milieu institutionnel sont rares. Une étude menée par la Direction générale de l'Action sociale (DGAS) sur les signalements émanant des institutions sociales et médico-sociales de 51 départements [24] a montré que les violences perpétrées en milieu institutionnel concernent les handicapés dans 96% des cas (et principalement les déficients mentaux) et que 64% de ces signalements concernent des mineurs. Dans la grande majorité des cas, il s'agit de viols ou d'atteintes sexuelles, seuls ou associés à des violences physiques.

Les antécédents de mauvais traitements sont recherchés dans plusieurs enquêtes rétrospectives menées auprès de jeunes. Ainsi, dans une enquête s'adressant à des jeunes de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), 41% des garçons et 55% des filles ont dit avoir été victimes d'une agression physique au cours de leur vie ; 6% des garçons et 34% des filles ont rapporté avoir subi une agression sexuelle [4].

II. La mortalité

La forme la plus grave de maltraitance, celle conduisant au décès de l'enfant, semble être la plus facile à chiffrer ; pourtant la situation est loin d'être aussi simple et les données de mortalité posent de délicats problèmes d'interprétation.

- **A. Les chiffres actuels**

Selon les données du Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc), en 1999 [15], 40 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d'homicides, avec des taux de mortalité plus élevés chez les enfants les plus jeunes (1,5 avant 1 an ; 0,4 chez les enfants de 1 à 4 ans ; 0,3 chez ceux de 5 à 9 ans et 0,2 chez ceux de 10 à 14 ans). En fait ces chiffres ne sont certainement pas le reflet de la réalité et le sous-enregistrement des cas est certain au niveau du codage des causes médicales de décès, du fait principalement du non-retour d'information vers l'Inserm en provenance des Instituts médico-légaux (IML), en cas d'autopsie médico-légale. Ainsi les chiffres fournis pour la même tranche d'âge par la gendarmerie et la police nationales sont chaque année bien supérieurs (Tableau III).

En ce qui concerne la tranche d'âge la plus touchée (celle des enfants de moins de 1 an), en 1993, dernière année pour laquelle la Police et la Gendarmerie nationales ont produit des chiffres fiables d'« infanticides », ceux-

ci représentaient 3,8% de l'ensemble des homicides⁵, alors que les enfants de moins de 1 an constituaient 1,2% de la totalité de la population française. Mais la fiabilité de ces chiffres est sujette à caution car, dans cette tranche d'âge, les incertitudes diagnostiques, même en cas de décès, sont grandes. En effet, l'analyse des données de mortalité du CépiDc de l'Inserm [16] révèle un certain nombre de phénomènes troublants :

- tout d'abord le pourcentage non négligeable de morts « de causes inconnues ou non déclarées » (165 cas, soit 5,1 % des causes de décès en 1999), ces décès correspondant au codage de certificats de décès sans mention de cause, notamment par non-transmission de l'information à partir de certains IML ;
- ensuite le taux très élevé de décès dits accidentels, particulièrement celui des accidents non liés à la circulation, à un âge où l'enfant n'a que peu de capacités d'être acteur de son accident (15,1 pour 100 000 chez les garçons et 8,5 chez les filles de moins de 1 an, alors que ces taux ne sont plus que de 6,0 et 3,6 chez les enfants de 1 à 4 ans en 1999). Ces taux sont beaucoup plus élevés que ceux des pays du Nord de l'Europe et les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS [29] indiquent qu'au Royaume-Uni, en 1997, le taux de mortalité accidentelle avant 1 an était de 6,5 dans les deux sexes, et en Suède, en 1996, de 4,3 pour les filles et 4,1 pour les garçons ;
- enfin, le petit nombre annuel d'homicides, répertoriés comme tels, au niveau national (13 en 1990, 17 en 1995, 11 en 1999), les chiffres semblent peu réalistes compte tenu des milliers de cas de mauvais traitements non mortels signalés annuellement et des confusions semblant possible avec des « accidents ». Ainsi, en 1999 en France, le CépiDc a enregistré, pour les enfants de moins de 1 an, 108 accidents et 11 homicides.

Cette probable sous-déclaration des homicides et ces confusions entre morts violentes accidentelles et intentionnelles, avant un an, ont fait l'objet de plusieurs publications américaines récentes, indiquant que les homicides sont la première cause de décès traumatique à cet âge [33] et que les morts violentes dites « indéterminées quant à l'intention » ont une grande similitude, quant aux facteurs de risque, avec les morts violentes reconnues comme intentionnelles et de profondes différences avec les morts accidentelles [32].

Le sous-enregistrement, dans les statistiques officielles de mortalité, des homicides de nourrissons ressort bien des premiers résultats d'une étude menée actuellement par l'Unité 502 de l'Inserm⁶ [41, 42], et plus particulièrement de la comparaison des chiffres d'homicides et de morts violentes indéterminées quant à l'intention, enregistrés dans cette enquête, à Paris, auprès des services médicaux et du parquet avec ceux du CépiDc pour la période 1996-1999. Elle permet de constater (Tableau IV) que le CépiDc a pu coder (à partir des certificats reçus) 0 homicide et 1 cas de mort « violente indéterminée quant à l'intention », tandis que 8 dossiers du parquet de Paris concernaient 6 homicides et 2 morts violentes en cours d'instruction. Parallèlement le CépiDc a codé le décès comme de « cause inconnue ou non déclarée » dans 57 cas. Aucun cas n'a été enregistré par l'enquête dans les services hospitaliers accueillant des nourrissons décédés. En revanche 5 des 8 cas du parquet avaient été signalés par des services hospitaliers parisiens et concernaient des enfants arrivés dans le coma.

Cette recherche apporte des éléments quant aux mécanismes de la sous-déclaration des morts suspectes et violentes de nourrissons de moins de 1 an. L'analyse des 607 cas de nourrissons accueillis décédés entre 1996 et 2000 dans les 28 services de 3 régions (Bretagne, Île de France et Nord-Pas-de-Calais), dans lesquelles l'enquête hospitalière a été exhaustive, indique que : 1) le diagnostic porté par les pédiatres au terme des investigations médicales et déclaré dans l'enquête est celui de mort subite inexplicable du nourrisson (MSIN) dans 61,7% des cas, de mort de « cause naturelle » dans 26,8%, de mort de cause accidentelle dans 6,1%, de mort suspecte ou violente dans 5,4% des cas ; 2) ce dernier pourcentage monte à 7,8% lorsque qu'on considère l'ensemble des cas

5 Données fournies par la Division des études de la Direction centrale de la Police judiciaire

6 Cette enquête, soutenue par la DGAS, la DGS, le Ministère de la Justice et la Fondation Mustela, s'intéresse aux décès « inattendus » survenus chez des nourrissons exempts de toute pathologie ou malformation connues, et plus particulièrement aux cas d'enfants « trouvés décédés ». Ses objectifs sont de : 1) faire un recensement des sources d'information disponibles sur ces décès ; 2) pour chacune des sources, analyser les pratiques professionnelles conduisant ou non à la suspicion, puis la reconnaissance de la maltraitance, et les suites données ; 3) évaluer, par investigation auprès de ces sources, la prévalence de la maltraitance suspectée (et, si possible, celle de la maltraitance authentifiée) ; 4) confronter les données recueillies dans ces sources aux statistiques du CépiDc et tenter ainsi d'affecter des diagnostics aux morts « de cause inconnue », et de redresser des erreurs diagnostiques, notamment en ce qui concerne la fréquence réelle des homicides. Une enquête nationale rétrospective (sur une période de 5 ans : 1996-2000) est donc menée auprès de quatre sources d'information : 1) les statistiques nationales des causes médicales de décès (CépiDc) ; 2) les services hospitaliers accueillant des enfants décédés ; 3) les services les transportant : SAMU et brigades de sapeurs pompiers ; 4) les parquets. Recherche menée par Anne Tursz, Pascale Gerbouin-Rérolle, Monique Crost, Hélène Romano.

où il y a eu diagnostic de mort suspecte ou violente et/ou des signes évocateurs de violences notés dans le questionnaire de l'enquête, et il atteint 17% si on ajoute encore les cas où le pédiatre lui-même a déclaré avoir suspecté une maltraitance ; 3) en cas de suspicion déclarée par le pédiatre, le pourcentage de diagnostic de morts suspectes ou violentes atteint 33% mais il reste 23% de MSIN, 31% de causes naturelles et 13% de causes accidentelles parmi l'ensemble des diagnostics déclarés sur le questionnaire de l'enquête ; une autopsie médicale ou médico-légale est effectuée dans 75% des cas et un signalement judiciaire dans 32%, mais une démarche et/ou un signalement à la justice et/ou à la PMI sont effectués dans 75% des cas.

• B. Répartition géographique et évolution dans le temps

Les incertitudes sur les possibilités du CépiDc de bien coder les homicides rendent prudents dans l'analyse de la répartition géographique de ces types de décès (notamment parce que les pratiques de transmission de l'information médico-légale varient d'un IML à un autre). Notons toutefois que pour la période 1994-1996, le taux d'homicides avant 1 an était de 2,8 pour 100 000 pour la France entière, de 1,9 pour l'Île de France et de 6,2 pour le Nord-Pas-de-Calais, ces taux étant respectivement de 1,9, 0,9 et 3,1 en 1997-1999.

Enfin, les comparaisons internationales des taux d'homicides de même que l'analyse de l'évolution dans le temps sont très difficiles du fait du faible nombre de cas annuels enregistrés et de leur grande variabilité d'une année à l'autre. Toutefois, en agrégeant les chiffres de plusieurs années pour faire des comparaisons dans le temps, on peut noter que le taux d'homicides avant 1 an est, pour la France entière, de 1,73 pour 100 000 pour la période 1980-1989 et de 2,26 pour la période 1990-1999. Cette augmentation est à analyser avec prudence, et en relation avec les modifications éventuelles dans les pratiques de certification des décès et de transmission des données des autopsies médico-légales. En ce qui concerne plus particulièrement certains cas de morts violentes intentionnelles, des confusions ne sont pas impossibles avec d'autres diagnostics (« fausse route », mort subite, « accident »), les diagnostics portés évoluant avec le temps et les habitudes diagnostiques pouvant être différentes de pays à pays.

III. Les conséquences à long terme

Ce domaine est peu documenté, toutefois, une revue récente de la littérature, principalement nord-américaine, sur les conséquences à long terme de la maltraitance physique dans l'enfance [20], identifie sept types de problèmes : les comportements agressifs et violents, les comportements criminels non-violents, l'abus de toxiques, les comportements auto-agressifs et suicidaires, les problèmes émotionnels, les problèmes relationnels, et les difficultés scolaires et professionnelles. Les auteurs de cet article soulignent les problèmes méthodologiques rencontrés dans le type d'études habituellement menées : études cas/témoins rétrospectives, portant sur des sujets présentant des pathologies suspectes de pouvoir résulter de mauvais traitements dans l'enfance comparés à des sujets en étant exempts. Dans ces études, on peut craindre des biais liés à une mémorisation sélective dans l'un des groupes. Une étude longitudinale prospective, publiée en 1996, a comparé à l'âge de 15 et 21 ans des sujets ayant subi des violences avant l'âge de 18 ans et des sujets indemnes et a retrouvé, chez les premiers, significativement plus de symptômes dépressifs, d'idées suicidaires et tentatives de suicide, d'anxiété et de problèmes émotionnels [38]. Des études françaises récentes retrouvent le même type de résultats : tentatives de suicide, surtout dans le sexe masculin, chez les adolescents victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance [3, 6], pauvre estime de soi, peur de l'abandon et dépression chez des jeunes filles violées à l'âge de 13 ans ou plus [7], antécédents de violences physiques et sexuelles subies par des adolescents criminels, eux-mêmes souvent condamnés pour violence sexuelle [13].

Comme on le voit, l'accent est mis, dans beaucoup de publications, sur les troubles psychologiques, mais il existe des conséquences somatiques de la maltraitance, avec toutefois des frontières souvent incertaines entre les deux domaines pathologiques. En effet un large éventail de troubles est observé depuis ce qui relève de l'atteinte

somatique pure (tels les troubles visuels graves constatés après des atteintes cérébrales sévères [9, 21, 36, 45], notamment chez les enfants secoués [9, 21], ou des retards mentaux massifs séquelles d'hématomes cérébraux [9]), jusqu'aux plaintes somatiques dont le substratum anatomique n'est pas toujours clair, telles ces nausées et douleurs abdominales rapportées par des adolescentes ayant subi un viol dans leur enfance [6]. Il existe toute une littérature américaine récente sur la fréquence des antécédents de violences physiques, et tout particulièrement sexuelles, chez de jeunes femmes venant consulter en gastro-entérologie [18, 35, 39, 43, 44], le diagnostic le plus souvent porté étant celui de « syndrome du colon irritable » [39, 44], volontiers associé à des douleurs pelviennes [43]. Dans certains cas, il semble bien difficile de faire la part de ce qui relève d'atteintes cérébrales et de troubles psycho-affectifs importants, comme c'est le cas pour les troubles d'apprentissage et tous les problèmes relevés dans le déroulement de la scolarité (troubles d'apprentissage chez l'adulte en lien avec des traumatismes crâniens intentionnels dans l'enfance [19], troubles du langage [10], troubles cognitifs chez des adolescentes ayant été victimes d'abus sexuels [5]).

Finalement nombreux sont les états pathologiques qui peuvent trouver leurs racines dans une maltraitance subie dans l'enfance, l'étiologie restant inconnue car la question n'est pas posée ni même soulevée par le neurologue, le psychiatre, l'ophtalmologiste, le gastro-entérologue...

IV. La fiabilité des données

Actuellement, en France, on dispose, pour estimer la fréquence des mauvais traitements à enfants, de deux types principaux de données : celles issues d'enquêtes rétrospectives auprès de sujets d'âges divers et dans des situations diverses (population générale, groupes affectés de pathologies particulières) et celles produites par des enregistrements en routine (ASE/ODAS, SNATEM, statistiques des causes médicales de décès...). De vraies études épidémiologiques en population restent à imaginer.

Les enquêtes rétrospectives posent bien sûr le problème du taux d'oublis, qui augmente avec la durée de la période de remémoration, et celui des biais de mémorisation. Notons toutefois que, pour ce qui est du domaine des conséquences à long terme de la maltraitance, les rares études prospectives (suivis de cohortes dans des pays anglo-saxons) ont des résultats convergents avec ceux des études rétrospectives, principalement en ce qui concerne les liens statistiques entre violence subie dans la petite enfance et tendances suicidaires ultérieures.

L'analyse des données recueillies en routine et publiées dans des documents officiels de type rapport ou lettres d'information (éventuellement sur site Internet) permet d'appréhender le type de chiffres que les acteurs des politiques de santé et de la prévention au niveau du terrain ont à leur disposition pour guider leur réflexion et leurs actions. Les différences entre les chiffres provenant de diverses sources prennent, dans cette optique, un relief tout particulier. Les évolutions dans le temps posent également de complexes problèmes d'interprétation : que signifient, dans les données publiées par l'ODAS, une diminution ou une augmentation d'une année sur l'autre de quelques centaines de cas, une modification minimale dans la répartition des divers types de mauvais traitements ? L'évolution dans la « tendance à signaler », le déplacement possible de l'intérêt pour un type de violence vers un autre et les éventuels changements de procédures de signalement jouent sûrement un rôle important. L'ODAS souligne ainsi l'influence sur les chiffres de l'Education nationale de la tendance à saisir directement la justice sans alerter les conseils généraux [27]. Si le SNATEM peut être considéré comme un « bon outil de mesure de la mobilisation publique face au drame de la maltraitance » [25], ce ne peut être un observatoire épidémiologique valable pour une multitude de raisons de natures très diverses [37] (appels non traités, signification des appels muets, dénonciations calomnieuses, anonymat, doubles comptes...). Le problème des doublons est sûrement important et le degré du sous-enregistrement difficile à évaluer quelle que soit l'institution concernée. Ce sous-enregistrement apparaît toutefois certain, même dans le cas des sources d'informations les plus exhaustives ; ainsi les données de l'ODAS ne comportent par définition aucun des cas qui ont fait l'objet d'une saisine directe de la justice par un particulier ou un autre organisme. De toutes ces considérations il ressort que la fréquence de la maltraitance à enfant en France est bien difficile à calculer. Ainsi, si les médecins de l'Education nationale ont

identifié 0,9 enfant maltraité pour 1000 élèves, un calcul rapportant les chiffres de l'ODAS à ceux de la population nationale de la même tranche d'âge (chiffres du recensement par l'INSEE en 1999) conduit à trouver un taux de prévalence de 1,4 pour 1000.

Enfin, quand on considère un problème qu'on croit plus circonscrit, les homicides d'enfants de moins de 1 an, les incertitudes sont néanmoins grandes quant à l'évaluation du nombre réel de ces homicides, comme l'attestent aussi bien les données du CépiDc que les premiers résultats de l'enquête sur les morts suspectes de nourrissons. Ce sous-enregistrement des mauvais traitements à enfant est un fait reconnu dans la littérature anglo-saxonne, particulièrement à propos des cas mortels [12, 31, 32]. Il peut trouver son origine à plusieurs niveaux : diagnostic erroné de mort accidentelle ou de MSIN, certification inexacte de la cause du décès même après les résultats des investigations, non-transmission des informations médico-légales. Dans l'enquête de l'U 502 de l'Inserm, les comparaisons entre les cas relevés à Paris dans le secteur santé et dans les données du CépiDc avec ceux du parquet sont révélatrices de la carence de transmission de l'information de l'IML vers le CépiDc, carence déjà observée dans le cas du suicide [17]. Toutefois, ces résultats, qui portent actuellement sur de petits effectifs, seront à confirmer, l'hypothèse étant que les morts de « cause inconnue » sont un mélange de MSIN et d'homicides, comme cela a été montré aux États-Unis [31], et que sous la catégorie MSIN se cachent des homicides, 29% de morts suspectes ayant été enregistrées comme MSIN dans les statistiques nationales de 1994 selon une étude britannique [34].

La contribution à la mesure de l'ampleur du problème, des différents secteurs susceptibles de prendre en charge des enfants et de reconnaître la maltraitance est difficile à évaluer. Il y a plus de 20 ans déjà, une étude de toutes les sources d'information en matière de repérage des enfants maltraités, menée dans le département de la Meurthe et Moselle, indiquait que, sur 259 notifications par diverses institutions (écoles, crèches, Centre Hospitalier Régional, services sociaux de secteur...), 7 % seulement provenaient de l'ASE [8]. Actuellement c'est probablement le secteur de la santé qui reste le plus absent des données statistiques sur la maltraitance alors qu'à l'évidence les services de santé (notamment les urgences chirurgicales) sont largement consultés pour des lésions traumatiques dont l'origine non accidentelle est bien souvent méconnue [40]. En milieu clinique, la tendance à la suspicion, devant certains types particuliers de lésions présentées comme d'origine accidentelle, est beaucoup moins développée en France qu'elle ne l'est dans d'autres pays, comme le montrent par exemple deux études sur les brûlures graves d'enfants traitées en centre de brûlés, l'une française [2], l'autre américaine [14]. L'étude de l'Inserm sur les « morts suspectes de nourrissons » met bien en lumière divers modes de sous-enregistrement des cas : les réticences des pédiatres, notamment par peur de nuire à des familles, les conduisent à déclarer moins de morts violentes ou suspectes qu'ils n'en soupçonnent ; toutes les investigations nécessaires à la reconnaissance de la maltraitance ne sont pas toujours menées, principalement l'autopsie. Au sous-enregistrement vient s'ajouter un sous-sigalement qui peut éventuellement être lié à une certaine démotivation compte tenu de la rareté du retour d'information en cas de signalement (les suites sont connues du pédiatre dans 33% des cas globalement, dans 13% des cas de signalement judiciaire et 40% si le signalement s'est fait vers la PMI). Les difficultés de collaboration entre les services hospitaliers, d'une part, et la PMI et les conseils généraux, d'autre part, laissent supposer des manques d'une ampleur inconnue dans les données de l'ODAS/ASE.

Au terme de ce bilan, la sous-estimation de la maltraitance à enfant en France semble certaine (les problèmes rencontrés avec les données de mortalité en sont le symptôme le plus évident). De plus le problème n'est pas seulement quantitatif et il existe des biais de sélection probables, le plus certain étant le biais social, les classes les plus favorisées étant celles qui échappent probablement le plus au repérage et au signalement. L'ODAS relie la maltraitance à la progression de la grande précarité en France [28]. Le problème est que l'on ne dispose pas de données exhaustives sur une base géographique que l'on pourrait rapporter à la population générale de la même zone. L'étude menée par l'Inserm au parquet de Paris pour les années 1996-2000, dont les résultats doivent être tempérés par le petit nombre d'homicides ou de morts violentes suspectes recensé (N = 9 pour ces 5 années), indique que, dans les 7 cas où la position professionnelle des parents est connue, 3 mères sont sans profession, 4 sont cadres supérieurs ou moyens, 3 pères sont ingénieurs, 1 est étudiant en informatique, 1 est ouvrier, 1 est inactif, 1 est inconnu. Cette répartition des catégories professionnelles est superposable à celle observée dans les

données du recensement général de la population par l'INSEE en 1999 pour les personnes de la même tranche d'âge (20 à 39 ans) résidant à Paris. Il est probable que plutôt que la précarité économique, l'isolement social et moral, ainsi que l'immaturité affective, sont en jeu.

Conclusion

L'analyse des chiffres présentés ici et de leur fiabilité, dans une optique d'utilisation pour l'action en santé publique, incite à proposer en priorité : 1) l'harmonisation des définitions et des procédures de collecte de données des différents organismes concernés ; 2) la participation du secteur de la santé à l'évaluation de l'ampleur du problème de la maltraitance ; et, dans cette optique 3) l'amélioration des pratiques et des outils diagnostics, avec principalement un recours systématique à l'autopsie devant tout décès de nourrisson ; 4) l'établissement de modes de collaboration plus opérationnels entre les différents secteurs concernés par l'enfance maltraitée (médecine, justice, police, secteur social) ; 5) l'identification de familles et/ou de situation à risque, et une réflexion sur le rôle éventuel des facteurs socio-économiques, que l'enquête actuellement menée auprès des parquets permettra mieux d'approcher que les données de l'Aide sociale à l'enfance.

Pour remplir l'objectif d'une véritable connaissance de la maltraitance à enfants en France, le rôle de l'Observatoire de l'Enfance maltraitée, en cours d'élaboration actuellement, devrait être central, à condition toutefois qu'il reste un observatoire, c'est à dire un outil technique établissant des statistiques par l'harmonisation des données existantes complétées si nécessaire à partir de sources nouvelles (le secteur sanitaire notamment), suivant des évolutions et suscitant des recherches approfondies, menées par des partenaires extérieurs, notamment au niveau décentralisé.

Références

1. Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France. Paris ; publication annuelle. La Documentation française.
2. Capon-Degardin N, Martinot-Duquennoy V, Lesage-Maillard V, de Broucker V, Patenôtre P, Herbaux B et al. Brûlures de la face chez l'enfant : à propos de 197 cas. *Ann Chir Plast Esthet* 2001; 46: 190-5.
3. Choquet M, Darves-Bornoz JM, Ledoux S, Manfredi R, Hassler C. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France : results of a cross-sectional survey. *Child Abuse Negl* 1997 ; 21 : 823-32.
4. Choquet M, Ledoux S. Adolescents de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Paris, 1998. Inserm.
5. Cornman BJ. Female adolescent response to childhood sexual abuse. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1997 ; 10 : 17-25.
6. Darves-Bornoz JM, Choquet M, Ledoux S, Gasquet I, Manfredi R. Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998 ; 33 : 111-7.
7. Darves-Bornoz JM, Lépine JP, Choquet M, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic Post-Traumatic Stress Disorder in rape victims. *Eur Psychiatry* 1998 ; 13 : 281-7.
8. Deschamps G, Deruelle S, Deschamps JP. Incidence des mauvais traitements chez les enfants. Évaluation et critique des sources d'information et résultats. *Arch Fr Pédiatr* 1982 ; 39 : 627-31.
9. Duhaime AC, Christian C, Moss E, Seidl T. Long-term outcome in infants with the shaking-impact syndrom. *Pediatr Neurosurg* 1996 ; 24 : 292-8.
10. Fox L, Long SH, Langlois A. Patterns of language comprehension deficit in abused and neglected children. *J Speech Hear Disord* 1988 ; 53 : 239-44.
11. Haut Comité de la Santé Publique. Recueil des principaux problèmes de santé en France. Contribution du HCSP à l'élaboration de la loi de programmation en santé publique. Paris, 2002.
12. Herman-Giddens ME, Brown G, Verbiest S, Carlson PJ, Hooten EG, Howell E et al. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *J Am Med Assoc* 1999; 282: 463-7.
13. Huerre P, Huerre C. La violence juvénile à partir d'expertises réalisées auprès de 100 adolescents criminels et de 80 adolescents victimes de crimes ou agressions. *Nervure* 2000 ; 13 : 51-6.

14. Hultman CS, Priolo D, Cairns BA, Grant EJ, Peterson HD, Meyer AA. Return to jeopardy: the fate of pediatric burn patients who are victims of abuse and neglect. *J Burn Care Rehabil* 1998; 19: 367-76.
15. Inserm. Causes médicales de décès. Année 1999. Résultats définitifs France. Liste simplifiée S9. Paris, 2002. Inserm/CépiDc.
16. Inserm. Causes médicales de décès. Résultats définitifs France. Paris, publication annuelle. Inserm/CépiDc.
17. Jougla E, Péquignot F, Chappert JL, Rossolin F, Le Toullec A, Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002 ; 50 : 49-62.
18. Leserman J, Drossman DA, Li Z, Toomey TC, Nachman G, Glogau L. Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice : how types of abuse impact health status. *Psychosom Med* 1996 ; 58 : 4-15.
19. Littke L. Severe childhood abuse and non-verbal learning disabilities. *Am J Psychother* 1998 ; 52 : 367-81.
20. Malinosky-Rummel R, Hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993 ; 114 : 68-79.
21. Matthews GP, Das A. Dense vitreous hemorrhages predict poor visual and neurological prognosis in infants with shaken baby syndrom. *J Pediatr Ophtalmol Strabismus* 1996 ; 33 : 260-5.
22. Ministère de l'Éducation nationale/DESCO. Bilan des actions individuelles et collectives menées en faveur des élèves par les assistant(e)s de service social, les infirmier(ère)s et les médecins dans les écoles et les établissements scolaires. Bilan chiffré des synthèses académiques, année scolaire 2000-2001. Rapport. Paris, 2003, DESCO.
23. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Conférence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais. Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes ». 1999.
24. Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. Direction Générale de l'Action Sociale. Statistiques sur la maltraitance dans les institutions sociales et médico-sociales. Document de statistiques. Paris, 2002.
25. Morellec J, Roussey M. Epidémiologie de l'enfance en danger. *Revue internationale de pédiatrie* 1999 ; XXX, 293-2 : 54-62.
26. Observatoire national de l'enfance en danger. Guide méthodologique de l'ODAS (Observatoire national de l'action sociale décentralisée). Paris, 1994.
27. Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre. N° spécial, novembre 2001. Paris, ODAS.
28. Observatoire national de l'enfance en danger. La lettre de l'ODAS, novembre 2002. Paris, ODAS.
29. Organisation Mondiale de la Santé. 1997-1999 World Health Statistics Annual. Genève. <http://www3.who.int/whosis/>
30. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 2002. OMS.
31. Overpeck MD, Brenner RA, Cosgrove C, Trumble AC, Kochanek K, MacDorman M. National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics* 2002 ; 109 : 274-83.
32. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Smith GS, MacDorman MF, Berendes HW. Infant injury deaths with unknown intent : what else do we know ? *Injury Prevention* 1999 ; 5 : 272-5.
33. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti LB, Berendes HW. Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med* 1998;339: 1211-6.
34. Reder P, Duncan S. Debate on cot death. *Br Med J* 2000 ; 320 :311.
35. Roberts SJ. The sequelae of childhood sexual abuse : a primary care focus for adult female survivors. *Nurse Pract* 1996 ; 21 : 42, 45, 49-52.
36. Roussey M, Betremieux P, Journel H, Lefrançois MC, Urvoy M. L'ophtalmologie et les enfants victimes de sévices. *J Fr Ophtalmol* 1987 ; 10 : 201-5.
37. Service national téléphonique pour l'Enfance maltraitée. Rapport d'activité 2000. Paris, 2001. SNATEM.
38. Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl* 1996 ; 20 : 709-23.
39. Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Is the association between irritable bowel syndrom and abuse explained by neuroticism ? A population based study. *Gut* 1998 ; 42 : 47-53.
40. Tursz A. Les accidents: signification et prévention chez le très jeune enfant. IN : Raimbault G., Manciaux M. Enfance menacée. Paris, Inserm/La Documentation française, Collection Analyses et Prospective, 1992 ; p 183-98.
41. Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P. La maltraitance dans l'enfance en France : quels chiffres, quelle fiabilité ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 ; 51 : 439-44.
42. Tursz A, Gerbouin-Rérolle, Crost M, Baer P. Étude des conséquences graves de la maltraitance méconnue dans l'enfance. Rapport final à la Direction Générale de l'Action sociale. Paris, 2002. Inserm U502/Cermes.
43. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Green C, Katon WJ. Chronic pelvic pain and gynecological symptoms in women with irritable bowel syndrom. *J Psychosom Obst Gynaecol* 1996 ; 17 : 39-46.
44. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Katon WJ. Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrom or inflammatory bowel disease. *Psychol Med* 1995 ; 25 : 1259-67.
45. Yoo R, Logani S, Mahat M, Wheeler MC, Lee DA. Vision screening of abused and neglected children by the UCLA Mobile Eye Clinic. *J Am Optom Assoc* 1999 ; 70 : 461-9.

Remerciements : Pour leur contribution aux données présentées dans ce chapitre, l'auteur remercie les pédiatres des 28 services hospitaliers ayant participé, en Bretagne, Île de France et Nord-Pas-de-Calais, à la recherche sur les morts suspectes de nourrissons ; Éric Jouglu, directeur du CépiDc ; le Dr Élisabeth Briand, responsable du Centre de la référence de la mort subite du nourrisson de l'hôpital Antoine Béclère à Clamart ; Michel Allier Gayraud, de la Division des études de la Direction centrale de la Police judiciaire ; Monsieur Muntz, Directeur Général de la Gendarmerie nationale ; le Dr Marie-Claude Romano, conseiller technique du Directeur de l'enseignement scolaire (DESCO) ; Dominique Luciani, Bureau des Etudes, Direction des Affaires criminelles et des Grâces, Ministère de la Justice ; et le procureur Yvon Tallec, Chef du parquet des mineurs de Paris.

Tableau I : Enfants en danger et maltraités : nombre de cas recensés selon les sources d'information et suites données (en France, en 2000 [année scolaire 2000-2001 pour les données de l'Éducation nationale]).

SOURCES D'INFORMATION	ENFANTS EN DANGER				ENFANTS MALTRAITES			
	Nombre	Types de signalements (en %)			Nombre	Types de signalements (en %)		
		Procureur	ASE	Autres		Procureur	ASE	Autres
Education nationale								
Examens médicaux	39 277	8%	31%	42%	12 669	41%	36%	23%
<i>dont :</i>								
1 ^{er} degré	13 791	11%	39%	42%	6 586	43%	42%	15%
2 nd degré	25 486	7%	26%	42%	6 083	40%	30%	30%
Signalements des assistantes sociales (2 ^{ème} degré)	19 386	44%	15%	41%	9 225	?	?	?
SNATEM					22 782		26%	
ODAS/ASE	83 800	57%	-	-	18 300	?	-	-
Police et gendarmerie nationales					9 590			

Zone géographique couverte : 28 académies sur 30 pour l'Education nationale (France métropolitaine et DOM à l'exclusion des académies de Lille et de la Réunion) ; la France métropolitaine pour la police et la gendarmerie nationales ; 96 départements sur 100, dont certains hors métropole, pour l'ODAS.

Tranche d'âge concernée : les élèves des 1^{er} et 2nd degrés pour l'Education nationale ; les mineurs de moins de 18 ans pour l'ODAS ; les enfants de moins de 15 ans pour la police et la gendarmerie nationales.

Définitions : celles de l'ODAS pour l'ODAS et l'Education nationale ; pour la police et la gendarmerie nationales : « violences, mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15ans ».

Pour les enfants en danger identifiés lors des examens médicaux de l'Education nationale, l'ensemble des signalements ne fait pas 100% du fait des « sans suite » (8% dans le 1^{er} degré, 25% dans le 2nd et 19% au total).

Tableau II : Évolution des signalements de mauvais traitements et de leur type entre 1994 et 2001 (Source : ODAS, 2001, 2002, 2003)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Enfants maltraités	17 000	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500
<i>Dont :</i>									
<i>Violences physiques</i>		7 000	7 500	7 000	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600
<i>Abus sexuels</i>		5 500	6 500	6 800	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900
<i>Négligences lourdes</i>				5 400	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000
<i>Violences psychologiques</i>		7 500	7 000	1 800	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000

Tableau III : Comparaison des effectifs d'homicides d'enfants de moins de 15 ans, en France, selon la source d'information (années 1996 à 2000)

ANNEE	HOMICIDES	
	Source des informations	
	Police et Gendarmerie nationales	Inserm (SC8/CépiDc)
1996	85	68
1997	68	50
1998	108	40
1999	74	40
2000	81	71

Tableau IV : Comparaison des effectifs d'homicides et de morts violentes indéterminées quant à l'intention, identifiées dans l'étude U 502 et publiés par le CépiDc. (enfants de moins de 1 an, ville de Paris, 1996-1999)

Années et causes de décès	Données de la recherche de l'Unité 502			Total des 3 sources	Données du CépiDc
	Cas déclarés selon la source				
	Services hospitaliers	SAMU/SMUR**	Parquet		
1996					
Homicides* (E960-969)	0	0	1	1	0
Morts violentes indéterminées quant à l'intention (E980-989)	0	0	0	0	0
Total 1996	0	0	1	1	0
<i>Morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9) - 1996</i>					15
1997					
Homicides* (E960-969)	0	0	2	2	0
Morts violentes indéterminées quant à l'intention (E980-989)	0	0	0	0	0
Total 1997	0	0	2	2	0
<i>Morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9) - 1997</i>					19
1998					
Homicides* (E960-969)	0	0	1	1	0
Morts violentes indéterminées quant à l'intention (E980-989)	0	0	2	2	1
Total 1998	0	0	3	3	1
<i>Morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9) - 1998</i>					17
1999					
Homicides* (E960-969)	0	0	2	2	0
Morts violentes indéterminées quant à l'intention (E980-989)	0	0	0	0	0
Total 1999	0	0	2	2	0
<i>Morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9) - 1999</i>					6
Total général 1996-1999 (homicides+intention indéterminée)	0	0	8	8	1
<i>Total général (1996-1999) des morts de causes inconnues ou non déclarées (799.9)</i>					57

* Homicides ou suspicions d'homicides

** Données des seuls SMUR pédiatriques (enquête SAMU adultes en cours)