

Une information préoccupante : première partie

Caroline Amann, Louis-Baptiste Jaunay

DANS MÉDECINE 2021/5 Vol. 17 , PAGES 208 À 211
ÉDITIONS JLE

ISSN 1777-2044

DOI 10.1684/med.2021.646

Date de mise en ligne : 16/09/2024

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-medecine-2021-5-page-208?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Récit de situation complexe authentique

Caroline Amann,
Louis-Baptiste Jaunay

Université de Paris, Département de
Médecine Générale, 24 rue du Faubourg
Saint-Jacques, 75014 Paris

caroline.amann.ca@gmail.com

Correspondance : C. Amann

Résumé

Ce récit de situation complexe authentique décrit une situation rencontrée au cours d'un stage de pédiatrie libérale au cours de laquelle la maltraitance est clairement énoncée lors de la consultation et qui a engendré beaucoup de questionnements mais aussi de sentiments. Il en a découlé une réflexion sur les procédures à suivre face à une situation d'enfant en danger décrites dans cette première partie. Dans une seconde partie, on abordera les déterminants de la décision des médecins généralistes, qui n'ont pas toujours conscience de la gravité de la situation, et les conséquences que peuvent avoir ces situations délicates chez le médecin et au sein des familles.

• Mots clés

maltraitance des enfants ; signalement de sévices.

Abstract. Worrying information: Part 1

This authentic complex situation story describes a situation encountered during a liberal pediatric internship during which the mistreatment is clearly stated during the consultation and which generated many questions but also feelings. This resulted in a reflection on the procedures to be followed when dealing with a situation of a child in danger described in this first part. In a second part, we will discuss the determinants of the decision of general practitioners, who are not always aware of the seriousness of the situation, and the consequences that these delicate situations can have for the doctor and within families.

• Key words

child abuse; reporting abuse.

DOI: 10.1684/med.2021.646

Une information préoccupante : première partie

Lors des études de médecine, il est rare d'être confronté à des situations de maltraitance infantile, ou tout du moins d'en être conscient. Il est donc difficile de réagir et savoir comment protéger la première fois que l'on est face à une suspicion d'enfant en danger de maltraitance. Contrairement aux maladies physiques fréquentes, telles angines ou otites, dont les symptômes et les signes de gravité à rechercher sont définis et dont la prise en charge est protocolisée, la maltraitance infantile a une définition floue et une prise en charge que l'on ne pratique que peu au cours des études de médecine. À cela s'ajoutent les difficultés psychologiques que l'on peut ressentir face à ces situations.

Récit de la situation

Début juillet, l'enfant M., deux mois, est reçu au cabinet de pédiatrie où je suis interne (C.A.). La pédiatre l'a déjà vu à un mois, c'est la première fois que je le rencontre. La grossesse a été compliquée d'une infection à CMV. Lors de l'échographie du second semestre, on a découvert une ascite ayant mené à une amniocentèse confirmant une infection à CMV. La mère a été traitée par Valaciclovir. L'accouchement s'est bien passé. À la naissance, l'enfant ne présentait aucune anomalie au niveau clinique, notamment pas de microcéphalie, un examen neurologique normal, des potentiels évoqués auditifs (PEA) normaux. La charge virale de l'enfant à la naissance était négative. Le fond d'œil était normal.

Lors de cette consultation des deux mois, la mère vient seule avec l'enfant. L'allaitement est au sein exclusivement toutes les deux heures en journée, avec un bon transit et quelques régurgitations. Il se réveille toutes les trois à quatre heures la nuit mais se rendort rapidement après la tétée. Il pèse 4,5 kg, mesure 50 cm, a un périmètre crânien de 36 cm. Son examen clinique est normal, il garde les poings serrés, il n'y a pas d'argument pour un reflux, l'abdomen est souple et non distendu, absence de muguet.

On lui fait les vaccins DTP/Coqueluche/Haemophilus/Hépatite B et Pneumocoque. Deux mois plus tard, nous le revoyons en consultation, accompagné par les deux parents qui ont l'air asthéniques et pâles. L'enfant a désormais quatre mois. La mère a l'air plus effacée, parfois évasive. Le père est également réservé. Ils ont passé deux semaines chez les grands-parents maternels mais ne sont que très peu sortis hors de la maison. L'enfant est toujours allaité, toutes les 4 heures. Il a des selles normales deux fois par jour. Il fait ses nuits de 21 heures à 8 heures. Il a eu une audiométrie il y a une semaine qui était normale. Il a bien grandi et grossi, avec un poids de 6,2 kg, une taille de 59 cm, et un périmètre crânien de 39 cm.

L'examen clinique est normal avec une pâleur cutanée mais des conjonctives rouges. Il n'a pas de dent, les tympanes sont normaux, pas de strabisme. La fontanelle antérieure est ouverte. L'auscultation cardiopulmonaire est sans particularité, l'abdomen est souple, non distendu. Les testicules sont en place, les poulx fémorales présents, le siège non irrité. Les hanches sont stables. L'enfant est calme durant l'examen, il ne pleure pas. Il babille, fait des sourires. Il a un bon tonus, se redresse sur les avant-bras, tient bien sa tête et commence à se retourner.

Lorsque la consultation semble terminée, le père demande à nous parler de quelque chose en particulier. Il nous explique qu'il a eu une pulsion et a maintenu la tête de l'enfant quelques secondes dans l'eau lors du bain. Il a immédiatement prévenu la mère après cet épisode. Il exprime de l'incompréhension, se fait peur à lui-même. Il semble désespéré et perdu, désespéré à l'idée qu'on lui retire la garde de l'enfant. Il demande si l'on va faire un signalement. La mère est restée silencieuse durant cet échange. Elle dit seulement qu'elle a perdu confiance et reste constamment présente. Nous avons orienté le père en urgence vers un psychiatre.

C'était la première fois que je faisais face à une telle situation. Je n'ai pas parlé durant la fin de cette consultation. Cette situation a été source de beaucoup de discussions avec la pédiatre et nous avons beaucoup parlé des problématiques de signalement.

Le signalement est une notion que l'on aborde théoriquement lors de l'externat mais devient beaucoup plus complexe en situation réelle. Je me suis posé des questions sur le ressenti des médecins lors de la prise de décision de faire un signalement, sur la démarche et les conséquences d'un signalement sur la famille.

Nous allons décrire dans un premier point les procédures d'une information préoccupante et d'un signalement. Dans un deuxième temps, nous présenterons les études réalisées à propos des freins au signalement pour les médecins généralistes face à une situation de maltraitance et leur ressenti émotionnel lors de ces situations difficiles.

Définition de la maltraitance

La loi du 5 mars 2007 redéfinit les procédures de protection de l'enfance et le rôle des professionnels dans la prévention de la maltraitance des mineurs. Comme le rappelle le Centre de Victimologie pour mineurs [1], c'est une obligation pour tout professionnel de signaler un mineur en danger, ou à risque de danger, obligation qui le soustrait au secret médical (Code pénal, art. 226-14). La Haute Autorité de Santé (HAS) précise dans sa fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant » [2] que protéger l'enfant est une obligation légale et que le professionnel de santé n'a pas à être certain ni à apporter des preuves. Le risque peut concerner la santé de l'enfant, sa moralité ou sa sécurité mais aussi ses conditions d'éducation ou de développement physique, affectif, intellectuel et social.

Les limites de la maltraitance sont floues et recouvrent beaucoup de situations possibles. Pour la HAS [2] et l'Association « L'Enfant Bleu » [3] de nombreux signes peuvent alerter :

– *Des signes physiques/psychosomatiques* comme les accidents domestiques répétés ou des éléments de l'examen clinique comme des griffures, brûlures, morsures ou des ecchymoses dans des zones inhabituelles telles l'intérieur des cuisses et des bras, les oreilles ou les joues,

d'âges différents, de grande taille. Les fractures avec des caractéristiques atypiques peuvent aussi évoquer une maltraitance. Il ne faut pas négliger les symptômes moins évidents comme des céphalées, ou maux de ventre non expliqués... Les nausées, vomissements, abdomen chirurgical doivent évoquer des lésions viscérales après maltraitance.

– *Des signes de négligence lourde*, que cela concerne l'alimentation, le sommeil, l'hygiène, la sécurité, le suivi médical de l'enfant...

– *Des troubles comportementaux* : un enfant exprimant de la tristesse, se dévalorisant, craintif, avec des comportements d'évitement ou de fugues. Un enfant avec des angoisses de séparation, des cauchemars, un refus de jouer, une hyper-vigilance ou hyper-maturation... Une rupture soudaine de comportement doit particulièrement alerter.

– *Certaines interactions entre l'enfant et l'adulte* avec une indifférence ou négativité de l'adulte envers l'enfant, la minimisation des plaintes de l'enfant, le dénigrement, des humiliations ou exigences excessives, une discipline sévère ou une proximité corporelle inadaptée...

Facteurs de risque

Des facteurs de risque sont décrits par la HAS [2] et le Guide de l'information préoccupante et du signalement judiciaire réalisé en 2016 par le département du Finistère [4], devant amener à être particulièrement vigilant :

– *Fragilisation du lien précoce avec l'enfant*, notamment en période périnatale (enfant non désiré, prématurité), rupture ou séparation répétée du lien à l'enfant, dépression du post-partum, statut de l'enfant (handicapé, adultérin, adopté tardivement...).

– *Situation parentale à risque* : troubles mentaux, comportementaux, somatiques, antécédents personnels de violence durant l'enfance, addictions, isolement social, positionnement éducatif défaillant, défaut de prise en compte des risques des médias (accès à la pornographie par exemple) ;

– *Vulnérabilité environnementale* : économique, social, institutionnel...

– *Conduites à risques* : jeux de non-oxygénation, jeux d'agression notamment à l'école, harcèlement, fugues, tentatives de suicide, automutilation...

Il est parfois difficile de repérer ces situations et symptômes de maltraitance. La HAS recommande un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet, et avec son accord.

Deux procédures possibles de signalement

Les lésions observées sont rapportées dans le dossier médical et les propos de l'entourage et de la famille sont retranscrits mot à mot entre guillemets sans commentaire

personnel, en veillant à ne reporter dans le carnet de santé que des données objectives de la pathologie et du développement [2]. Pour signaler une situation de risque de maltraitance ou de maltraitance avérée, deux procédures sont possibles : l'information préoccupante (IP) et le signalement. Elles se distinguent par les circonstances menant à préférer l'une à l'autre, par les voies qu'elles empruntent, l'une administrative et l'autre juridique, et par leurs répercussions.

L'information préoccupante

L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante a été aménagée par la loi relative à la protection de l'enfant du 14 mars 2016 et explicitée par un décret du 28 octobre 2016.

L'IP est une protection administrative à mettre en œuvre en cas de mineurs en danger ou risquant de l'être sans caractère de gravité ou d'urgence. Elle se fait auprès de la Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP). L'Ordre des médecins [5] préconise que la décision d'IP soit partagée par l'équipe et complétée par des « *indicateurs et référentiels de danger* ». Les éléments pouvant susciter une IP recouvrent un champ large : addiction dans la famille, enfant non vacciné, trouble de parentalité... Elle peut résulter d'une décision en équipe et le dialogue avec la famille est également important. Le professionnel doit informer les responsables de l'autorité parentale ou le tuteur, sauf intérêt contraire de l'enfant. Dans le guide de l'information préoccupante et du signalement judiciaire « *Sauf intérêt contraire de l'enfant* » signifie que parfois informer la famille peut augmenter le danger pour l'enfant ou permettre d'effacer des preuves [4].

Pour rédiger une IP, le médecin doit fournir certaines données administratives rappelées par l'Association « L'enfant bleu » [3] dont l'établissement scolaire de l'enfant. Les propos de l'enfant, s'il s'est confié au médecin, sont rapportés sans oublier les guillemets et le conditionnel. Les actes dont le médecin a été témoin, le comportement de l'enfant et celui de l'adulte vis-à-vis de l'enfant sont décrits objectivement, en veillant à se limiter aux faits, sans émettre de jugement. Le médecin n'est pas enquêteur mais fait connaître ses appréhensions. Il faut rester objectif et dénoncer des faits, non des personnes ; nul tiers ne doit être mis en cause ! L'Ordre des Médecins [5] rappelle que le médecin ne peut être poursuivi pour diffamation, sauf s'il communique des informations qu'il sait fausses. Il est donc légalement protégé concernant le secret médical lors d'une IP. Les informations médicales restent soumises au secret médical mais peuvent être partagées avec un médecin désigné par la suite. Le rapport précise également qu'en cas de doute, ce qui est fréquent, le médecin peut appeler la cellule pour avoir un conseil sans donner de nom, ou envoyer un courrier sans certificat, sous pli confidentiel, après accord des parents dans la mesure du possible, en leur expliquant que c'est pour pouvoir ensuite leur proposer de l'aide.

La CRIP adresse l'IP pour évaluation plus ou moins rapide à l'équipe dédiée, par exemple à l'ASE, la PMI et le service social. Les professionnels y participant ne doivent

pas suivre habituellement la famille, pour éviter au maximum un conflit d'intérêt. Si des problématiques spécifiques apparaissent lors de l'analyse de la situation, il est possible de faire appel à des spécialistes, experts, services adaptés... L'équipe devra évaluer l'existence, la nature et la caractérisation du danger ou du risque de danger ainsi que la capacité de l'autorité parentale à se mobiliser pour répondre aux besoins dans un certain environnement, en tenant compte des aides mobilisables. Il faut considérer l'avis du mineur, de l'autorité parentale et des professionnels qui connaissent le mineur, ainsi que d'éventuelles IP reçues précédemment.

Un entretien ainsi qu'une rencontre à domicile avec le mineur et les autorités parentales sont indispensables afin d'évaluer leur compréhension de la situation, leurs difficultés et leurs propositions. Si possible, il est utile de rencontrer le mineur sans les représentants de l'autorité. Si l'équipe se heurte à une impossibilité de rencontrer le mineur (seul ou non) et sa famille, il est nécessaire de procéder à une saisine de l'autorité judiciaire.

Les services peuvent proposer aux familles des interventions à domicile, un accompagnement social, des aides financières et aides à la gestion du budget, une action éducative à domicile (AED) avec un soutien éducatif et psychologique, un accueil provisoire dans un établissement (maison d'enfant à caractère social, foyer de l'enfance, villages d'enfants...) ou en famille d'accueil.

Après cette évaluation, l'équipe mandatée rédige un rapport transmis à la CRIP, avec une vision d'ensemble concernant le mineur, les autres mineurs à domicile et les représentants de l'autorité parentale. Le rapport peut décider de classer l'IP, de mettre en place une action sociale ou une mesure de protection, ou de réaliser un signalement au Procureur. Le mineur et les titulaires de l'autorité sont informés du contenu, là encore sauf intérêt contraire du mineur.

Si la famille refuse les interventions, s'il y a échec des mesures, ou gravité de la situation, un signalement au Procureur est nécessaire, précise le site Éduscol [6].

Le signalement au Procureur de la République

Le signalement au Procureur de la République est une procédure différente de l'IP, mise en place dans le cas d'un mineur en danger grave ou de faits relevant d'infraction pénale. Le signalement est réalisé par une personne individuelle. Le Procureur est joignable 24 heures/24 et, en cas d'urgence, le signalement peut être fait par téléphone suivi d'un courrier [5] en conservant un double et en s'assurant de la réception. Pour ce faire, on peut utiliser un « signalement type » en veillant toujours à ne pas mettre en cause de tiers. Un signalement type a été mis au point par l'Ordre des Médecins : « *certifie avoir examiné l'enfant X, qui a dit que (...), accompagné d'une personne ayant déclaré que (...)* » suivi de l'examen clinique. L'Ordre des Médecins évoque la possibilité d'envoyer un double à la CRIP [5]. La HAS recommande d'informer les parents de ses

inquiétudes quel que soit le degré d'urgence, sauf intérêt contraire de l'enfant [2].

Si besoin, le médecin peut hospitaliser le mineur pour réaliser des examens complémentaires, tout en contactant le médecin du service pour s'assurer de la présence du mineur et lui communiquer les éléments qu'il souhaite vérifier. En cas de danger immédiat, d'urgence médicale ou si l'enfant est un nourrisson, l'hospitalisation immédiate est nécessaire [2].

Une fois le signalement réalisé, le Procureur peut saisir le Juge des enfants en vue d'une assistance éducative ou d'une ordonnance de placement provisoire. Il peut également prononcer un sursis à statuer ou un non-lieu en classant le dossier. Pour l'aider à prendre une décision, il peut ouvrir une enquête de police et/ou saisir la CRIP [4, 6]. En cas de saisine du juge des enfants, le juge peut décider [4, 6] :

- une investigation, une enquête sociale ou une expertise ;
- de transmettre le signalement aux services départementaux pour évaluation, une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget ;
- une assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) avec ou sans hébergement, un placement judiciaire provisoire ;
- une Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative s'il n'a pas été possible de faire une évaluation sur le terrain

Il peut aussi clore le dossier, ou déclarer un non-lieu à l'assistance éducative.

Dans un extrait du *Quotidien du Médecin* [7], le Dr Françoise Hochart, responsable du Pôle de référence régional des victimes d'agressions à caractère sexuel et des enfants victimes de tous types de maltraitance, préconise une évaluation pluridisciplinaire plutôt qu'une sollicitation directe du parquet pour un signalement et rappelle l'importance de ne pas juger les présumés auteurs des violences : « *Il en va du nécessaire climat de confiance* ». Une fois le signalement fait, la procédure peut être longue (deux à trois mois) car une enquête est souvent demandée par le juge pour vérifier le danger.

Cet article du *Quotidien du Médecin* relate la difficulté pour les médecins de faire un signalement en raison de la relation entre le médecin et la famille, de la méconnaissance

des procédures par absence de formation lors des études et du malentendu possible et de l'incompréhension des médecins lorsqu'aucune suite judiciaire n'est donnée à leur signalement.

Conclusion

En reprenant l'exemple de la situation prétexte à cet article, je pense que je ferais une Information Préoccupante, car la mère protège son enfant et ne le laisse plus seul avec son mari.

Dans un article ultérieur, nous verrons quels sont les freins ou facteurs favorisant du signalement rencontrés par les médecins généralistes, ainsi que leur ressenti face à ces situations difficiles, faisant résonance à leurs histoires personnelles et mettant en jeu des mécanismes complexes souvent inconscients.



Pour la pratique

- Cette première partie de recherche a permis de distinguer clairement l'information préoccupante du signalement et les différentes mesures qui peuvent ensuite être prises dans le cadre de la protection de l'enfance. L'IP est adaptée pour une situation sans caractère d'urgence. Elle se fait via la CRIP qui peut proposer ensuite différents types d'aides à la famille. Le signalement est une procédure judiciaire réalisée en cas d'urgence ou de gravité, faisant appel au Procureur de la République et pouvant ensuite déboucher sur des mesures éducatives ou des placements provisoires.
- Il est important dans tous les cas d'expliquer aux familles que ces démarches ne sont pas à visée punitives et qu'elles ont pour but d'apporter de l'aide aux familles pour mieux protéger l'enfant.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Centre de Victimologie pour Mineurs (CVM). Abus et violences sur enfants et adolescents : informer, orienter, prévenir. La mallette du signalement (et de l'information préoccupante). Disponible à l'adresse suivante : <https://cvm-mineurs.org/page/l-information-preoccupante-et-le-signalement-1>.
2. HAS. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir. Recommandation de bonne pratique. 2017. Disponible à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir.
3. L'enfant bleu. Enfance maltraitée. Plateforme d'alerte et d'informations. Disponible à l'adresse suivante : <https://enfantbleu.org/?s=Information+preoccupante>.
4. Département du Finistère. Enfance en danger ou en risque de danger. Guide l'information préoccupante et du signalement judiciaire. 2016. Disponible à

l'adresse suivante : https://www.finistere.fr/content/download/23203/324133/file/Guide_IP_2016_Web.pdf.

5. Kahn-Bensaude I, Faroudja J-M. Signalement et information préoccupante. Mieux prévenir, mieux signaler, mieux intervenir. Ordre National des Médecins. Rapport adopté lors de la session du CNOM. Février 2016. p 9.
6. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. Éducol. Enfants en danger : comment les repérer ? Que faire ? MAJ Décembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://eduscol.education.fr/1013/enfants-en-danger-comment-les-reperer-que-faire>.
7. Roy P. Le délicat signalement de la maltraitance. Académie de Grenoble. Direction des services départementaux de l'éducation nationale Haute Savoie. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ac-grenoble.fr/ia74/spip/spip.ptprinthe?article1081>.