



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2017

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Amandine LABEYS

Le 20 Octobre 2017

**APPROCHE DIMENSIONNELLE DES SYMPTOMES PSYCHIQUES IMPACTANT
LE DEVELOPPEMENT D'ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE
PHYSIQUE: IMPLICATION EN PRATIQUE COURANTE AU CABINET DE
MEDECINE GENERALE**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur B. KABUTH

Président

M. le Professeur C. SCHWEITZER

Juge

Mme le Docteur E. STEYER

Juge

Mme le Docteur C. CHAMAGNE

Juge et Directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Pr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE
GÉNÉRALE**

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIERE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

**A notre Maître et Président de thèse, Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,
Professeur de Pédopsychiatrie,**

Vous me faite le grand honneur de présider ce jury de thèse,

Dans l'espoir que ce travail de thèse vous conviendra, je vous prie de trouver ici l'expression
de mon profond respect.

A notre Maître et Juge, Monsieur le Professeur Cyril SCHWEITZER, Professeur de Pédiatrie,

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer au jury de soutenance de cette thèse,

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon profond respect.

A notre Maître et Juge, Madame le Docteur Elisabeth STEYER, Maître de Conférences Universitaire de Médecine Générale,

Vous qui m'avez enseigné la théorie de notre métier, votre présence parmi les membres du jury m'honore. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de juger ma thèse.

Soyez assuré de l'expression de mon profond respect.

**A notre Directrice de thèse et Juge, Madame le Docteur Charlotte CHAMAGNE,
Docteur en Pédopsychiatrie,**

Je te remercie, pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant d'encadrer ce travail doctoral, pour ta gratitude de m'avoir donné envie de réaliser une thèse sur ce sujet, pour tes multiples conseils et pour toutes les heures que tu as consacrées à diriger cette recherche. Je te remercie pour ton accueil chaleureux à chaque fois que j'ai sollicité ton aide. J'aimerais te dire à quel point j'ai apprécié ta grande disponibilité et ton respect sans faille des délais de relecture des documents. Je suis extrêmement sensible à tes qualités humaines d'écoute et de compréhension tout au long de ce travail doctoral. Enfin, je te remercie d'être une amie, toujours bienveillante et soutenance, je te remercie pour ta sympathie et ta gentillesse à mon égard.

Je te prie de recevoir l'expression de ma profonde gratitude et de toute mon admiration.

Mes remerciements à l'équipe du D.I.M du CPN, pour m'avoir accueilli durant les nombreuses heures de recueils informatiques, pour leurs conseils et disponibilités.

A mes courageux relecteurs, Papa, Elric et à ceux qui auront jeté un petit coup d'œil pour aider parce que ça ne fait pas de mal !

A tous les médecins de mon entourage, ceux que j'ai croisés et côtoyés pendant mes études, ceux qui ont pris le temps de me former, ceux qui m'ont marqués par leur humanité et leurs compétences mises au service du patient.

A Dr Wunderlich, qui m'a transmis sa passion, qui fut un exemple et un modèle depuis le plus jeune âge.

A Dr Sutý pour ton partage d'expérience, ta gentillesse et ta confiance.

A Dr Vilmar, Etienne et Cael pour votre gentillesse,

A tous les médecins que je remplace, merci pour votre confiance et votre sympathie.

Aux sages-femmes de la Maternité de Nancy et aux infirmières de psychiatrie de St Nicolas de Port qui m'ont tant appris.

A mon époux,

Romain

Pour ton soutien quotidien indéfectible, ton amour, ta présence, ta patience. Merci d'avoir accepté de m'aider à réaliser tous ces beaux graphiques et tableaux! Sans toi cette thèse n'aurait pu être menée jusqu'à son terme.

A mes enfants,

Augustin, tu es mon rayon de soleil, mon plus précieux trésor et ma plus grande fierté.

A mon deuxième rayon de soleil qui va voir le jour dans quelques semaines.

A mes parents,

Votre présence et vos encouragements sont pour moi les piliers fondateurs de ce que je suis et

de ce que je fais. Merci pour les sacrifices que vous avez fait pour nous, pour votre infini soutien, pour votre amour, je vous en serais à jamais reconnaissante.

A mes grands-parents,

Je vous remercie pour les valeurs que vous m'avez transmises. Merci d'avoir cru en moi, et pour votre générosité. Une affectueuse pensée à Mamie, qui aurait été si fière aujourd'hui. J'aurais toujours ce regret que tu ne m'aies pas vu être docteur.

A mes sœurs,

Angélique et Anaïs,

Merci pour votre soutien durant toutes ces années « médecine ».

Merci Angélique pour tes conseils de kinésithérapie, et pour ces moments à partager nos visions de la médecine et à refaire le monde!

Merci Anaïs pour ta bienveillance, ton écoute m'est très précieuse, je te souhaite la réussite que tu mérites.

Un simple merci ne saurait suffire pour exprimer les sentiments que je ressens à vos égards.

Les sœurs, je vous adore!

A Elric,

Merci à toi pour la relecture et toutes les corrections que tu as judicieusement proposées avec beaucoup de compétences. Merci pour ta patience!

A mon neveu,

Lubin pour ta bouille craquante, ton sourire et ta joie de vivre !

A mes oncles et tantes.

A Pauline, Idalie,

Merci pour tous les moments de bonheur partagés en stage et ailleurs, pour les moments de joie, de confiance et pour votre amitié sans limite!

A Jean-Charles,

Merci pour les moments de fous rires en stage à la mat' et pour ta gentillesse!

A Presci,

Ma binôme depuis la première année de médecine, avec qui j'ai partagé des moments de joie comme de peine, et de nombreuses heures de travail! Merci d'être là.

A Lauriane,

Merci pour ton soutien, tes conseils et avis, pour les bons moments passés ensemble!

A Manue,

Ma compère de sexologie, merci pour ta bienveillance, ta gentillesse, tes conseils avisés et ton expérience professionnelle que tu m'as partagé pour ce travail de thèse,

A mes amis, qui ont fait un bout de chemin avec moi, **Catherine, Aline, Gisèle, Pauline M.**, pour votre affection maintes fois renouvelée et pour les supers et inoubliables moments partagés durant notre internat.

J'oublie certainement quelques personnes et je m'en excuse.

Encore un grand merci à tous pour m'avoir conduit à ce jour mémorable.

SERMENT d'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	8
SERMENT d'HIPPOCRATE	15
INTRODUCTION	19
MATERIEL ET METHODE.....	24
I. METHODOLOGIE.....	24
1. Type d'étude	24
2. Objectif de l'étude	24
3. Population étudiée:	24
4. Modalités de recueils des données:	25
II. DONNEES ETUDIEES.....	25
1. Démographiques	25
2. Socio-familiales.....	25
3. Caractéristiques psychosociales selon la C.I.M. 10	26
4. Antécédents.....	26
5. Données concernant le diagnostic de maltraitance physique.....	28
6. Prise en charge	28
7. Statistiques	28
RESULTATS	29
I. CARACTERISTIQUES GENERALES DES ENFANTS AYANT RECU LE DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE PHYSIQUE	29
1. Age des enfants de l'échantillon étudié	29
2. Rang dans la fratrie des enfants étudiés	30
3. Scolarité des enfants étudiés.....	31
4. Antécédents personnels des enfants étudiés.....	31
a. Somatiques	31
b. Psychiatriques.....	32
5. Age du premier contact et du début de suivi en pédopsychiatrie	32
a. Age du premier contact avec la pédopsychiatrie.....	32
b. Age du début du suivi en pédopsychiatrie.....	32
6. La notion de prescription de psychotropes antérieure au diagnostic de maltraitance physique	33
7. Signalement	33
a. Signalements multiples	34
8. Placement des enfants	34
II. CARACTERISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOAFFECTIF DES ENFANTS VICTIMES	34
1. Age des parents	34
a. Age des parents au moment de la naissance des enfants étudiés	34
b. Age des parents au moment du diagnostic de maltraitance physique.....	34
2. Catégories socioprofessionnelles des parents:	35
* Père.....	35
* Mère	35
3. Les antécédents des parents d'enfants victimes de maltraitance physique	36
a. Antécédents obstétricaux des mères d'enfants victimes de maltraitance physique.....	36
b. Les antécédents périnataux et autres facteurs de risque de trouble de l'attachement	37
4. Les antécédents familiaux psychiatriques	38
a. Antécédent de maltraitance infantile chez les parents	40
b. Antécédents de placement durant l'enfance des parents.....	40
5. Les antécédents familiaux somatiques.....	40
6. Les facteurs environnementaux	41
III. CONCERNANT LE DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE PHYSIQUE ET LA PRISE EN CHARGE	42
1. Prise en charge des enfants.....	42

2. Les diagnostics concomitants au diagnostic de maltraitance physique Z 61.6	43
3. Les diagnostics posés antérieurement au diagnostic de maltraitance physique	43
4. Les diagnostics apparus au cours du suivi pédopsychiatrique, postérieurement au diagnostic de maltraitance physique	43
IV. ANALYSE DES SYMPTOMES AYANT CONDUIT AU DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE PHYSIQUE Z 61.6	44
1. Les symptômes psychiques ayant conduit au diagnostic de maltraitance physique	45
2. Analyse des différentes dimensions psychiques	45
V. L'EVOLUTION DES PATIENTS	50
DISCUSSION	52
1. Caractéristiques des enfants victimes de maltraitance physique	52
a. Le sexe et l'âge	52
b. Le rang dans la fratrie	53
c. Les antécédents personnels somatiques	55
c.1. Cas particulier de l'épilepsie	56
d. Les antécédents personnels psychiatriques et le contact avec la pédopsychiatrie	56
e. Le signalement	57
2. Caractéristiques des parents	58
a. L'âge des parents	58
b. L'importance des antécédents obstétricaux et des facteurs à risque de troubles de l'attachement	59
c. Les antécédents familiaux psychiatriques	60
d. Les antécédents parentaux de maltraitance infantile	62
e. L'influence de l'environnement socio-professionnel parental et des facteurs environnementaux ...	63
e.1. La violence conjugale	65
3. Analyse des symptômes ayant permis le diagnostic de maltraitance physique	65
4. Les effets psychiques et neurologique de la maltraitance	69
5. Evolution et devenir des patients	71
a. Implications sur le devenir psychosocial	71
6. Le concept de résilience	72
7. Quels sont les outils qui permettraient d'orienter le médecin vers le diagnostic de maltraitance physique	73
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	78
ANNEXES	83
Annexe 1: Définition de la maltraitance infantile	83
Annexe 2: Grille de recueil	84
Annexe 3: Correspondances entre catégories socioprofessionnelles et groupes socioprofessionnels	87
Annexe 4: Antécédent somatique de Syndrome du Bébé Secoué	88
Annexe 5: Tableaux des résultats	88
Annexe 6: Le Still Face	102
Annexe 7: Novembre 2007. La lettre de l'Odas: Protection de l'enfance	103
Annexe 8: Le syndrome d'adaptation	105
LISTE DES ABRÉVIATIONS	106

Citation de Janusz Koeczak, le Droit de l'enfant au respect, 1929:

"Rien n'inspire a priori le respect de l'enfant: il est petit, faible, dépendant, ignorant; il ne possède rien à lui; et, de surcroit, nous le jalouons parce qu'il sera encore vivant quand nous serons morts. "

INTRODUCTION

La maltraitance physique, psychologique et sexuelle à l'égard d'un enfant porte atteinte non seulement à son corps mais aussi à son intelligence, son affectivité, son humanisation. En l'absence de soins, si possible précoces, les troubles que présente l'enfant maltraité retentissent sur la construction de sa personnalité à l'âge adulte.

Le problème de la maltraitance infantile dure depuis l'Antiquité. La mythologie comprend plusieurs cas de maltraitance infantile, dans différents milieux. En effet, elle était non réservée à la progéniture des miséreux; les enfants des Dieux n'étaient pas à l'abri des mauvais traitements. Les panthéons grecs et égyptiens nous offrent les légendes de Hép̄aïtos (fils de Zeus et Héra); d'Hercule et d'Harpocrate, tous deux enfants malmenés et dont les vertus propres à chacun, la force et le travail incessant pour le premier, les dons de thaumaturge pour le second, sont des formes de résilience qu'ils ont été contraints de développer en réaction à la maltraitance.

La maltraitance infantile est définie, selon le journal britannique *The Lancet*, comme "tout acte commis directement ou par omission, par un parent ou un autre gardien, qui a pour conséquence un dommage ou la potentialité d'un dommage ou la menace d'un dommage pour un enfant, ce dommage n'ayant pas besoin d'être intentionnel" (1).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), propose une définition très large de la maltraitance envers les enfants: "La maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou psychoaffectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir" (2) (Annexe 1). Une telle définition a l'avantage d'être globale et de ne négliger aucun aspect du problème (par exemple, les humiliations et autres violences psychologiques), si souvent cachées dans le secret des familles, mais elle est faiblement opérationnelle en termes de prévention, et pose de réels problèmes de faisabilité en tant qu'outil guidant le repérage et le dénombrement des cas. En France, c'est la notion de "danger" et non celle de "maltraitance" qui fonde la protection juridique des mineurs prévue à l'article 375 du Code Civil et qui a été réaffirmée comme centrale dans le texte de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (3). Cette loi condamne en effet la mise en danger de la santé, de la sécurité et de la moralité.

Selon l'OMS près d'un quart des adultes aurait subi des violences physiques dans leur enfance (4). Une femme sur cinq et un homme sur treize déclare avoir subi des violences sexuelles infantiles, dans la population générale. On estime que, chaque année, 41 000 enfants de moins de 15 ans sont victimes d'homicides en France. Ce chiffre ne rend pas compte de l'ampleur réelle du problème car une proportion importante des décès dus à des mauvais traitements est attribuée erronément à une chute, des brûlures, la noyade ou d'autres causes (5). La maltraitance infantile qui touche tous les milieux sociaux, est mal connue en France. En 2006, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) recensait 77 500 cas connus d'enfants de moins de 15 ans en danger. **Chaque année**, le 119, numéro vert de l'enfance en danger, **signale 47 000 cas**. En 2015, on dénombre en France **98 000 cas d'enfants en danger, dont plus de 44% ont moins de 6 ans**, 79 000 se trouvent dans des situations à risque (6). Selon Gérard Lopez en 2013, il est très difficile d'obtenir des chiffres pour la France puisque l'Observatoire Nationale de l'Action Sociale (ONAS) ne publie plus le nombre de signalements de mineurs en danger depuis 2009, suite à la loi du 5 mars portant sur la protection de l'enfance. Pour la France entière, le nombre de mineurs pris en charge en protection de l'enfance est d'environ 273 000, soit un taux de 1,9% des moins de 18 ans. Toutefois, ce taux ne peut être différencié selon le type de maltraitance subie et inclut l'assistance éducative. À la suite de l'audition de la France en janvier 2016, le Comité des Droits de l'Enfant s'est dit «profondément préoccupé par l'absence de statistiques officielles».

Aux Etats-Unis, les chiffres les plus récents en 2012 (Département of Health and Human Services, 2012) indiquent que la négligence est de loin la forme de mauvais traitement la plus répandue avec 78,5% des cas enquêtés, suivie par les sévices physiques (17,6%), les agressions sexuelles (9,1%) et les autres types de mauvais traitements (10,3%) (menaces d'abus, utilisation d'alcool/drogues de parents, manque de supervision, ...) (6).

Il arrive fréquemment que la question de l'épineux sujet de la maltraitance infantile se pose intuitivement au cabinet de médecine générale, face à des symptômes psychiques très aspécifiques, tels que des troubles du sommeil ou du comportement par exemple. De par ces conséquences multiples et potentiellement graves, parfois mortelles, mais aussi de façon plus insidieuse impactant le développement de l'enfant, les médecins généralistes peuvent se sentir démunis. Sa détection représente donc un enjeu de santé publique qui concerne tous les professionnels en contact avec les enfants: enseignants, acteurs sociaux, professionnels de santé, à commencer par le médecin de famille.

Il existe des dysfonctionnements du système de santé autour des jeunes enfants; en effet la maltraitance semble échapper à certains professionnels de santé. Leur formation quasi exclusivement clinique tend à donner une vision parcellaire de l'enfant vu en consultation. La suspicion de l'origine maltraitante des lésions traumatiques n'est pas un réflexe courant. La prise en charge des enfants maltraités peut donc se trouver compromise par un déficit de repérage au sein du système de soins. Selon une étude menée aux urgences pédiatriques de Bordeaux (7), il a été constaté que 42,5% des enfants ayant fait l'objet d'un signalement judiciaire en 2006 étaient passés au moins une fois aux urgences, et que "les enfants maltraités étaient très peu différents des autres enfants, ce qui expliquait les difficultés du repérage." Cette remarque suggère que les médecins ont une image sociale bien précise de l'"enfant maltraité", alors que le repérage doit se faire sur des indices évoquant la sémiologie de la maltraitance et non uniquement sur les caractéristiques sociales de l'enfant et de sa famille.

Selon l'Ordre des Médecins, les médecins libéraux sont à l'origine de seulement 1% de l'ensemble des signalements (5% émanent des médecins libéraux, 4% des médecins hospitaliers) (8). En France, si le signalement d'une suspicion de maltraitance est obligatoire pour le médecin dès lors qu'il s'agit d'un mineur (le secret médical étant alors levé), ce signalement est loin d'être systématique, selon une étude réalisée en 2008 (9). Plusieurs raisons peuvent expliquer ces réticences au signalement (8). La suspicion d'une maltraitance est délicate et parfois inconcevable lorsque le médecin a avec la famille des relations chaleureuses et fréquentes et que celle-ci semble aimante. Selon certains auteurs, on peut même parler d'idéalisation des parents par les médecins (10).

Il est important de distinguer les médecins libéraux des médecins hospitaliers. Les médecins libéraux exercent seuls et peuvent se retrouver marginalisés par leur clientèle en cas de signalement. Le "signalement sanction" est présent à l'esprit du médecin bien avant le "signalement protection"; or c'est ce dernier qui est prioritaire.

Pour Anna Freud (11) «Tous les enfants nés avec un potentiel normal ont aussi besoin de recevoir des soins corporels suffisants, d'appartenir à une famille intacte et accueillante, de recevoir une affection et un soutien ininterrompus, une stimulation continue de leurs capacités intellectuelles et de pouvoir s'identifier à des parents qui soient eux-mêmes des membres sains d'une communauté.» La souffrance des enfants maltraités ou abusés a un point commun: leurs besoins, leur dépendance, leur fragilité ont été niés par des adultes qui avaient le devoir de les protéger. La majorité des enfants qui ont été soumis dans leur enfance à l'emprise des adultes par contrainte ou par séduction présentent des perturbations somatiques

et psychiques (12) (13). Elles sont parfois non reconnues comme un symptôme de la maltraitance et rapportées à une autre cause. En particulier lorsqu'il s'agit d'un petit enfant qui ne parle pas ou d'un enfant plus âgé qui ne peut exprimer ce qui s'est passé car il se sent coupable de ce qu'il a subi.

La littérature en France sur la maltraitance infantile est caractérisée par une publication d'ouvrages plutôt que d'articles scientifiques, par une approche le plus souvent clinique (14) (15) (16). Les possibilités de recherches sur la maltraitance en tant que problème de santé publique étant limitées, la description de son épidémiologie est encore restreinte.

En 1982, paraissait, dans la revue scientifique Archives Françaises de Pédiatrie, un article de Deschamps et al. (17) qui rapportait les résultats d'une étude de toutes les sources d'informations en matière de repérage des enfants maltraités. Cette étude est restée unique en son genre, s'attachant à estimer la fréquence de la maltraitance infantile, sur tout le département de Meurthe-et-Moselle. Sur 259 notifications par diverses institutions (écoles, crèches, centres hospitaliers, services sociaux de secteur, services judiciaires ...), 7% provenaient de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). La fréquence des mauvais traitements était évaluée à "au moins 1 pour 345 enfants de moins de 15 ans" et "au moins 1 pour 147 enfants de moins de 6 ans" (soit respectivement 3 et 7 p 1000).

De nombreux facteurs interviennent dans le développement psychomoteur du jeune enfant, tant sur le plan génétique que sur le plan environnemental. L'hérédité, la place dans la fratrie, les choix éducatifs des parents, l'environnement naturel vont se combiner et influencer le développement de l'enfant. La Convention des Droits de l'Enfant reconnaît les familles comme le premier lieu d'accueil, de socialisation et de protection des enfants. C'est en leur sein qu'ils peuvent construire les premiers liens d'attachement et qu'ils structurent leur relation à l'autre. Nous avons voulu décrire ces facteurs dans notre population d'enfants victimes de maltraitance physique.

Le médecin traitant, médecin de famille, a une place à la fois privilégiée mais aussi ambigu vis-à-vis de ses patients. En effet, il est souvent le confident de la famille, le premier interlocuteur vers qui l'on se tourne en cas de problème. Mais, cette relation de confiance peut être en conflit avec le sentiment de devoir, de protection qu'il peut ressentir face à des enfants en souffrance. Il peut être difficile de concevoir une situation de maltraitance, tout particulièrement lorsqu'on entretient avec la famille des relations chaleureuses. Il semble

indispensable de se baser sur le sentiment intuitif, basé notamment sur la "résistance" des parents au cours de l'entretien/consultation. De même, le diagnostic peut être difficile du fait de nombreux autres paramètres, tels que la clinique atypique (il n'est pas toujours retrouvé de symptômes physiques) et par un temps de consultation restreint (environ 15 minutes par patient).

Nous avons donc voulu étudier et décrire les caractéristiques de l'environnement psychoaffectif dans lequel se développent les enfants victimes de maltraitance physique, ainsi que les symptômes psychiques que présentent ces enfants. Ces signes psychiques pourraient étayer une présomption clinique de maltraitance physique au cabinet de Médecine Générale.

MATERIEL ET METHODE

I. METHODOLOGIE

1. Type d'étude

Cette étude est épidémiologique descriptive, rétrospective, unicentrique.

2. Objectif de l'étude

L'objectif principal était de décrire les symptômes psychiques présentés au moment du diagnostic de maltraitance physique dans l'enfance de nos patients.

L'objectif secondaire était de décrire les facteurs sociaux et familiaux auxquels étaient exposés ces patients, ainsi que leur devenir ultérieur.

3. Population étudiée:

Les critères d'inclusion des patients étudiés étaient les suivants:

- Population

Patients ayant un dossier pédopsychiatrique sur la période de l'enfance, c'est-à-dire entre 0 et 11 ans + 364 jours.

- Diagnostic posé

Maltraitance physique, diagnostic Z 61.6 selon les critères C.I.M 10 (Classification Internationale des Maladies, dixième révision, entrée en vigueur en 1993 en France).

- Suivi

Pédopsychiatrique et/ou psychologique.

- Centre d'inclusion

Centre Psychothérapique de Nancy (C.P.N.)

4. Modalités de recueils des données:

Les données ont été recueillies à partir des dossiers pédopsychiatriques informatisés sur le logiciel CIMAISE®, sur la période de 2006 et 2016. Les dossiers ont été consultés dans le Département d'Information Médicale (D.I.M.) du C.P.N. en octobre et novembre 2016.

La collecte des données a été anonymisée et réalisée à l'aide d'une grille de recueil où les symptômes psychiques ont été classés en sept dimensions psychiques (Annexe 2) (18).

II. DONNEES ETUDIEES

1. Démographiques

- Date de naissance
- Sexe

2. Socio-familiales

- Rang dans la fratrie: unique, aîné, cadet, médian, benjamin, jumeau
- Scolarisation : scolarité normale avec ou sans retard, établissement spécialisé [I.T.E.P (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique), I.M.E (Institut médico Educatif)], classe spécialisée [(C.L.I.S.: Classe d'Intégration Scolaire; U.L.I.S.: Unité Localisée pour Inclusion Scolaire)], déscolarisation avant 12 ans (tout absentéisme scolaire prolongé d'au moins 3 mois était considéré comme une déscolarisation).
- Ages des parents au moment de la naissance de leur enfant, ainsi qu'au moment du diagnostic et professions des parents.

3. Caractéristiques psychosociales selon la C.I.M. 10

- Z 61.1 Départ du foyer pendant l'enfance
- Z 62.2 Éducation dans une institution
- Z 63.5 Dislocation de la famille par séparation ou divorce
- Z 61.4 et 61.5 Possibles sévices sexuels infligés à un enfant
- Z 63.8 Communication inadéquate au sein de la famille, discorde, réaction émotionnelle très vive à l'intérieur de la famille
- Z 62.4 Négligence affective, manque d'empathie, froideur

Ces caractéristiques psychosociales étaient le plus souvent rapportées et cotées comme telles dans les dossiers par les cliniciens en charge du suivi des patients. Si elles n'étaient pas cotées et que l'étude du dossier lors du recueil de données évoquait l'influence d'un de ces facteurs sur la symptomatologie de l'enfant, elles étaient tout de même comptabilisées dans notre recueil.

4. Antécédents

Antécédents obstétricaux

- menace d'accouchement prématuré
- hypertension artérielle gravidique (HTA gravidique)
- diabète gestationnel
- perte périnatale d'un jumeau
- infection materno-fœtale
- difficultés de procréation avec recours à la procréation médicalement assistée
- hémorragies du per et post-partum (dont hémorragies de la délivrance)
- addiction et consommation de toxique pendant la grossesse

Conditions de naissance et autres facteurs de risque de troubles de l'attachement

Accouchement dystocique et césarienne, souffrance fœtale, prématurité, absence de projet de grossesse, grossesse sous contraception, violence conjugale pendant la grossesse, antécédent de deuil périnatal, grossesse multiple et adoption représentaient les conditions de naissance retrouvées dans notre population.

La présence d'antécédent psychiatrique chez la mère, l'âge maternel inférieur à 20 ans ou supérieur à 35 ans, le célibat maternel et la primiparité représentaient les facteurs de risque de troubles de l'attachement.

Antécédents familiaux psychiatriques et somatiques

- syndrome anxio-dépressif
- addictions (éthylisme chronique, toxicomanie)
- déficience intellectuelle
- trouble de la personnalité
- psychose
- trouble du comportement alimentaire
- trouble bipolaire
- antécédent de tentatives de suicide
- suicide
- diagnostic aspécifique de "trouble du comportement"

Lorsque l'existence d'antécédents familiaux n'était pas consignée dans les dossiers pédopsychiatriques, les patients concernés ont été classés dans la catégorie « non renseignée ».

Antécédents personnels psychiatriques et somatiques

- syndrome du bébé secoué
- syndrome de Münchhausen par procuration
- épilepsie
- tout autre antécédent somatique pouvant impliquer un handicap

5. Données concernant le diagnostic de maltraitance physique

Nous avons recueilli les symptômes psychiques des patients ayant le diagnostic posé de maltraitance physique, côté Z 61.6 selon la C.I.M 10, ainsi que les diagnostics psychiatriques concomitants.

Nous avons également recueillis les diagnostics psychiatriques antérieurs au diagnostic de maltraitance physique, ainsi que ceux apparus au cours du suivi.

6. Prise en charge

Dans la grille de recueil de données :

- L'âge du premier contact avec la pédopsychiatrie (libérale ou publique)
- L'âge de début de suivi en psychiatrie publique
- L'âge au moment du diagnostic de maltraitance physique
- La notion de signalement, ainsi que sa répétition
- La notion de placement, institutionnalisation
- Les modalités de prise en charge dans l'enfance et dans l'adolescence ont été recueillies. Les différents acteurs de prise en charge ambulatoires étaient: orthophoniste, psychomotricien, psychologue, infirmière, pédopsychiatre ou absence de suivi.

7. Statistiques

Réalisées par moi-même, à l'aide du logiciel Excel®.

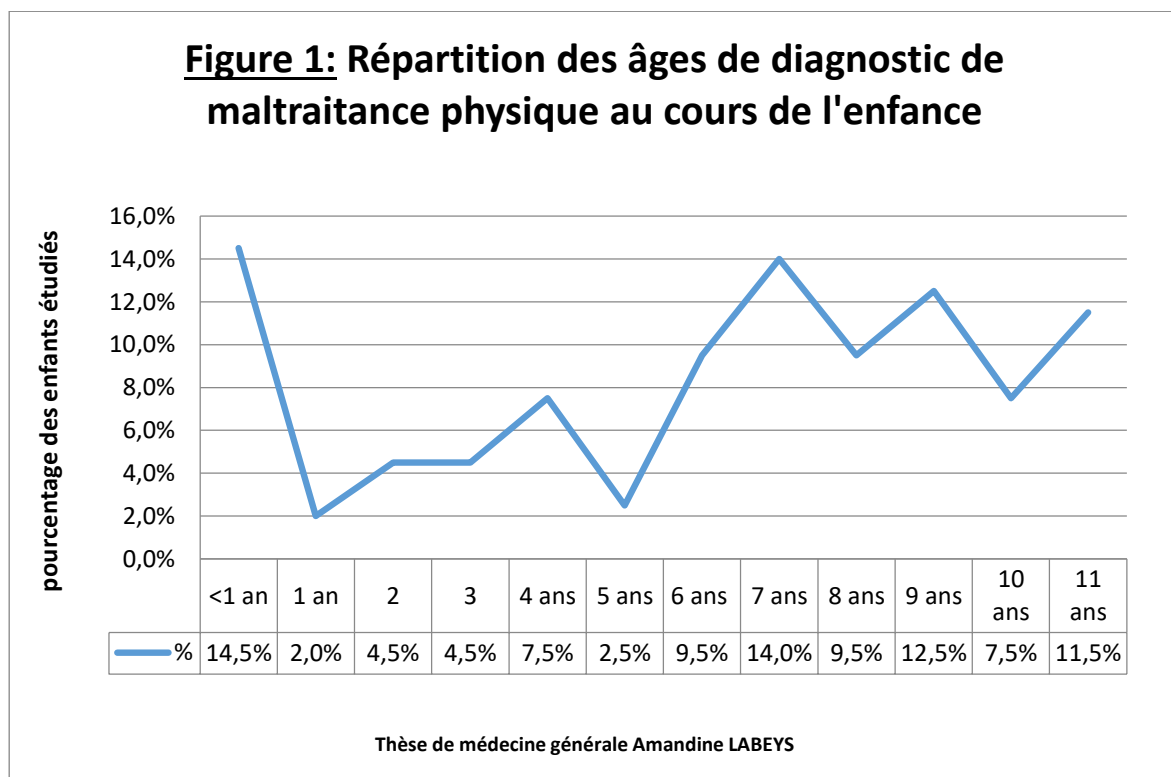
RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES GENERALES DES ENFANTS AYANT RECU LE DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE PHYSIQUE

200 enfants avaient reçu le diagnostic de maltraitance physique coté Z 61.6 selon la CIM 10, entre 2006 et 2016. **Quatre enfants sur dix** étaient des **filles**, **six enfants sur dix** étaient **des garçons** (tableau 1, annexe 5).

1. Age des enfants de l'échantillon étudié

Tous sexes confondus, **l'âge moyen au moment du diagnostic** était de **6,1 ans**. (ET=3,49). L'âge minimum était de 0,03 an (soit 14 jours) et l'âge maximum était de 11 ans.

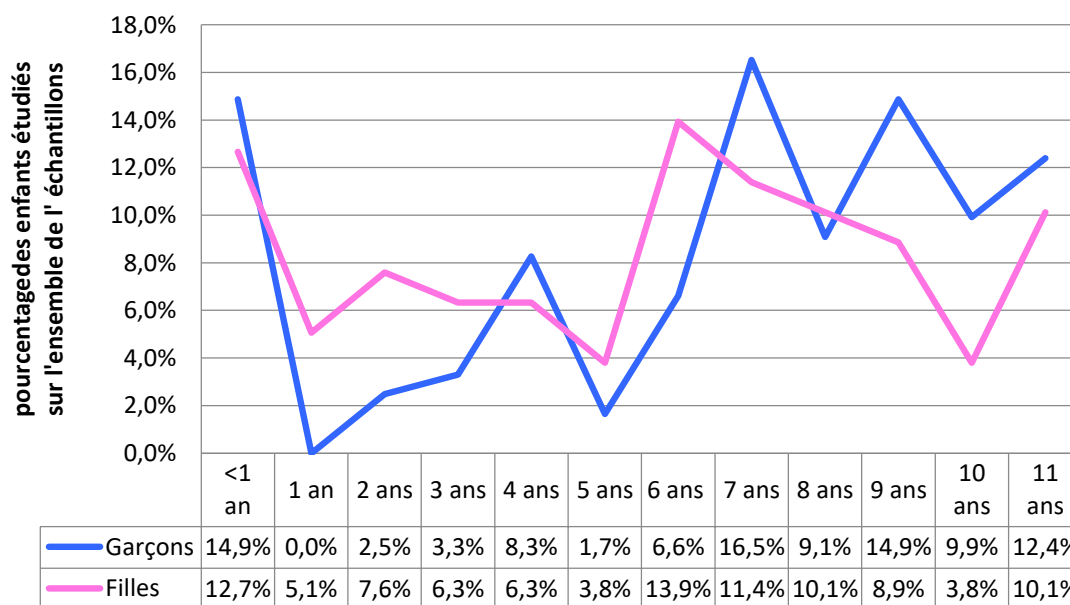


Chez les filles l'âge moyen était de **5,5 ans**, (ET= 3,41), contre **6,5 ans** chez les **garçons** (ET=3,49) ($p=0,5$). Chez les filles, l'âge minimum était de 0,08 an (soit 29 jours)

contre 0,03 ans (soit 14 jours) chez les garçons. L'âge maximum était de 11 ans chez les filles et garçons. 14,5% des enfants étaient âgés de moins de un an.

La différence de la moyenne d'âge est statistiquement significative jusqu'à 6 ans chez les garçons ($p=0,03$ ans) et jusqu'à 4,9 ans chez les filles ($p=0,041$).

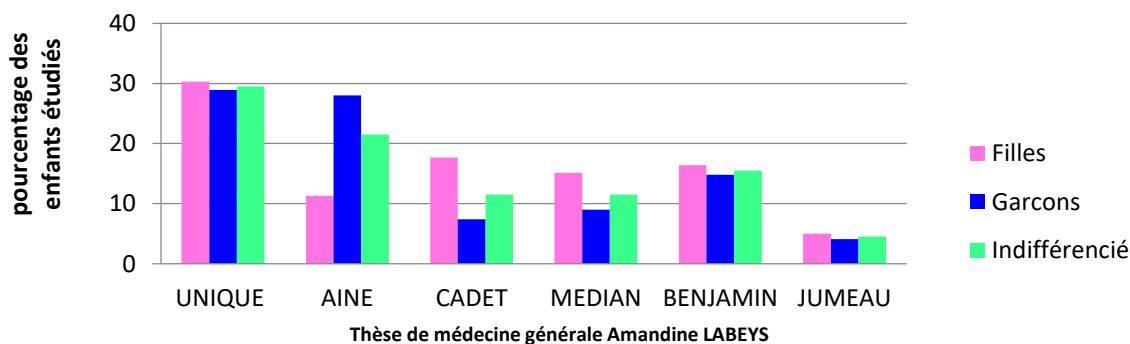
Figure 2: Répartition des âges de diagnostic de maltraitance physique en fonction de l'âge et du sexe



Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

2. Rang dans la fratrie des enfants étudiés

Figure 3: Rang dans la fratrie des enfants étudiés selon le sexe



Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

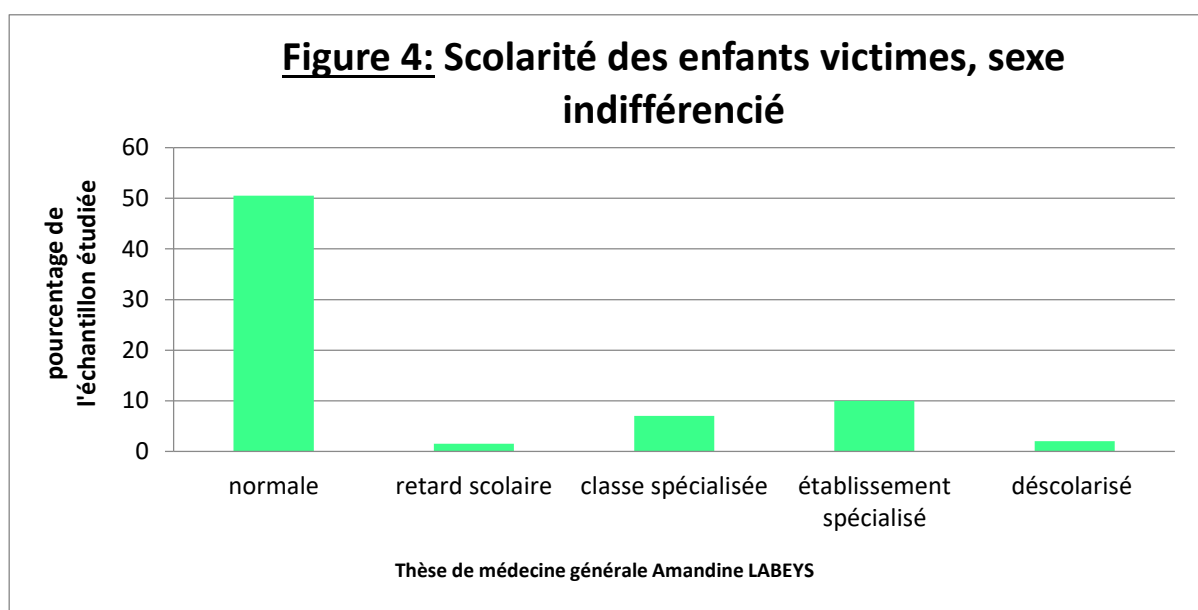
Tous sexes confondus, environ un enfant sur trois était l'unique du couple parental (tableau 2 annexe 5).

28% des garçons étaient aînés contre 11,3% des filles. Ces dernières étaient majoritairement cadettes (17,7% contre 7,4% des garçons) et benjamines (16,5% contre 14,9% des garçons).

3. Scolarité des enfants étudiés

La moitié des enfants suivait une scolarité normale sans retard. 50% des enfants maltraités physiquement avaient soit un retard scolaire soit nécessitaient un aménagement conséquent. 30% des dossiers ne renseignaient pas cette donnée.

Il n'existait pas de différence significative selon le sexe (tableau 2 annexe 5).



4. Antécédents personnels des enfants étudiés

a. Somatiques

Parmi les enfants dont les antécédents étaient renseignés, 37% présentaient des antécédents somatiques impliquant un handicap physique et/ou psychique (tableau 3 annexe 5). Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe, environ une fille sur

trois et un garçon sur trois présentaient des antécédents somatiques personnels (tableau 4 annexe 5).

Parmi les enfants présentant des antécédents somatiques, nous avons retrouvé **7% de syndrome du bébé secoué (parmi lesquels les garçons prédominaient à 69,2%); 3,8% d'épilepsie** (parmi lesquels nous avons noté une **légère prédominance masculine 57,1%**), 1% de syndrome de Münchhausen par procuration, un cas de chaque pathologie suivante: syndrome de Marfan, neurofibromatose, syndrome néphrotique, surdité de transmission et hypothyroïdie.

b. Psychiatriques

23,2% des enfants de l'échantillon étudié avaient au moins un antécédent psychiatrique.

Les garçons avaient plus d'antécédents psychiatriques que les filles (un garçon sur quatre contre une fille sur sept) (tableau 4 annexe 5).

Pour information, nous avons trouvé un cas présentant des antécédents de consommation éthylique et de toxiques.

5. Age du premier contact et du début de suivi en pédopsychiatrie

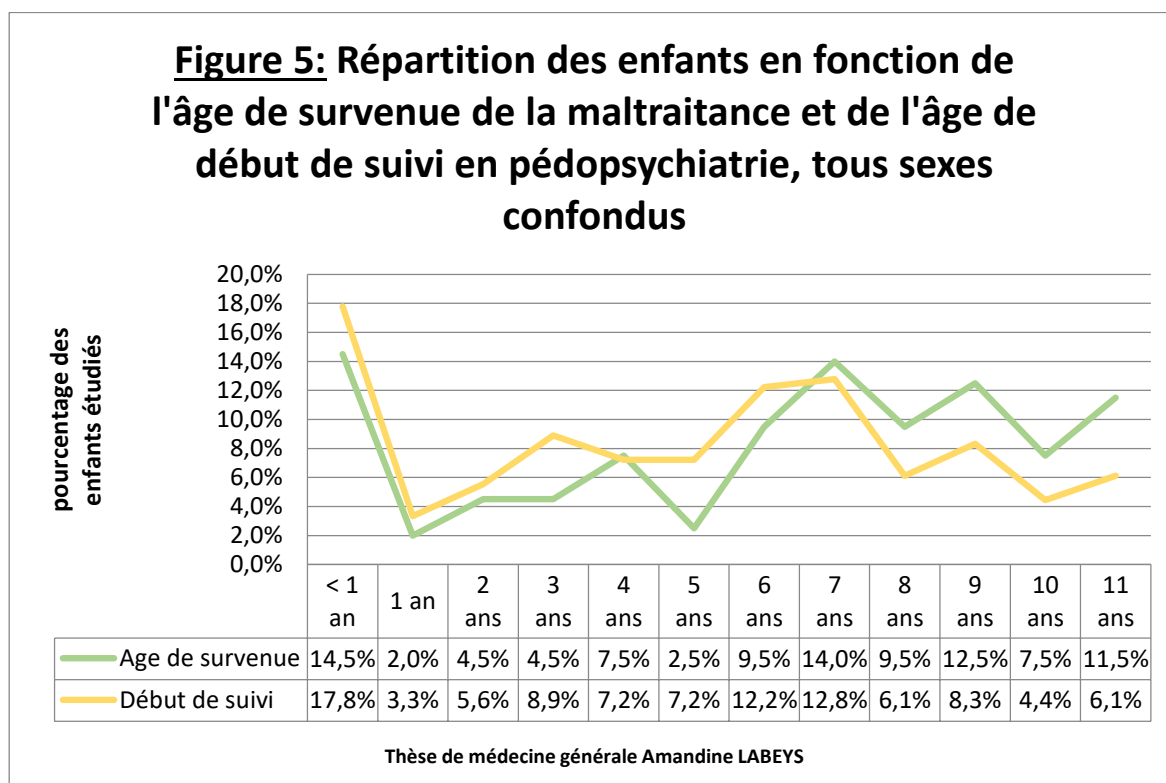
a. Age du premier contact avec la pédopsychiatrie

L'âge moyen était de 4,8 ans (ET=3,34). L'âge minimum était de 0,03 an (14 jours) et l'âge maximum de 11 ans. Cette information n'était pas renseignée pour 11% de l'échantillon étudié. L'âge moyen était légèrement plus élevé chez le garçon (**5,2 ans (ET= 3,4)**) que chez la fille (**4,3 ans (ET= 3,14)**) ($p=0,5$).

b. Age du début du suivi en pédopsychiatrie

L'âge moyen était de 5,1 ans, (ET=3,33) (âge minimum de 0,03 ans (14jours) et âge maximum de 11 ans). Cette donnée n'était pas renseignée pour 9,5% de l'échantillon étudié.

Chez la fille l'âge moyen était de 4,6 ans (ET= 3,22) contre 5,4 ans (ET= 3,36) chez le garçon (p=0,5).



6. La notion de prescription de psychotropes antérieure au diagnostic de maltraitance physique

9,3% des enfants de l'échantillon renseigné, avaient bénéficié d'une prescription de psychotropes, antérieurement au diagnostic de maltraitance physique.

7. Signalement

La notion de signalement, concomitante ou non au diagnostic de maltraitance physique, avait été renseignée pour 67% de l'échantillon étudié.

Environ trois enfants sur quatre avaient fait l'objet d'un signalement. Parmi ces enfants, la majorité était des garçons (60,6% des garçons contre 39,4% des filles) (tableaux 8 et 9 annexe 5). A noter, que la moitié des signalements, concernait des enfants âgés de 6 ans ou moins.

a. Signalements multiples

Un enfant sur sept environ, pour lesquels cette notion était renseignée, avaient fait l'objet de signalements multiples.

8. Placement des enfants

36,7% des enfants, pour lesquelles cette notion était renseignée, **avaient été placés** suite au signalement, en famille d'accueil ou en institution. Parmi ces enfants, les garçons étaient discrètement majoritaires (57,4% contre 42,6% des filles) (tableaux 10 et 11 annexe 5).

II. CARACTERISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT PSYCHOAFFECTIF DES ENFANTS VICTIMES

1. Age des parents

a. Age des parents au moment de la naissance des enfants étudiés

Les âges ont été renseignés pour 101 pères et 118 mères.

Au moment de la naissance de leur enfant, l'âge moyen des mères était de 26 ans (ET=5,93) contre **30,7 ans chez les pères** (ET= 8,33). L'âge minimum était de 14 ans chez les mères, contre 16 ans chez les pères. L'âge maximum était de 44 ans chez les mères contre 64 ans chez les pères.

b. Age des parents au moment du diagnostic de maltraitance physique

Les âges ont été renseignés pour 101 pères et 118 mères.

Au moment du diagnostic, l'âge moyen des mères était de 32 ans (ET=7,18) contre **36,6 ans chez les pères** (ET=8,85). L'âge minimum était de 16 ans chez les pères contre 17

ans chez les mères. L'âge maximum était de 49 ans chez les mères contre 70 ans chez les pères.

2. Catégories socioprofessionnelles des parents:

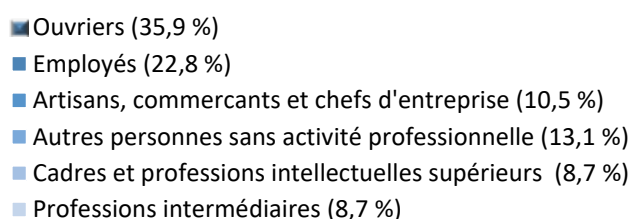
Les professions des parents étaient classées en sept groupes socio-professionnels (Annexe 3).

* Père

La moitié de l'échantillon renseignait le groupe socioprofessionnel.

Le groupe socioprofessionnel majoritaire chez les pères était celui des ouvriers (tableau 12 annexe 5).

Figure 6: Groupes socioprofessionnels des pères

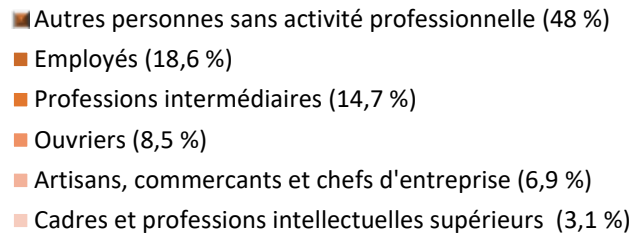


Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

* Mère

Les deux tiers de l'échantillon renseignaient le groupe socioprofessionnel des mères. **Le groupe socioprofessionnel majoritaire chez les mères était le groupe "sans profession"** (tableau 13 annexe 5).

Figure 7: Groupes socioprofessionnels des mères



Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

Tous parents confondus, le groupe "sans activité professionnelle" était majoritairement représenté (tableau 14 annexe 5).

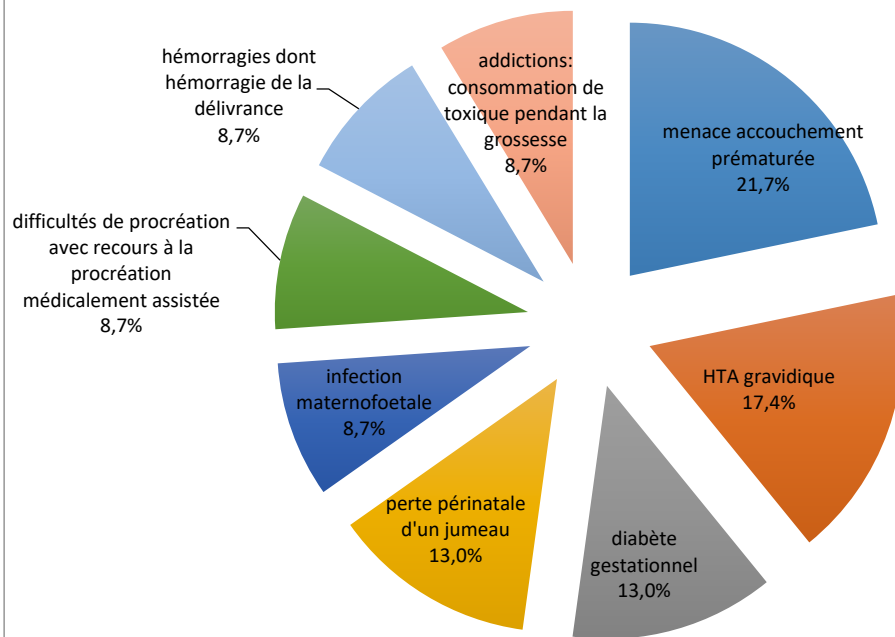
3. Les antécédents des parents d'enfants victimes de maltraitance physique

a. Antécédents obstétricaux des mères d'enfants victimes de maltraitance physique

La notion d'antécédents obstétricaux était renseignée dans 39% des dossiers de l'échantillon étudié. Parmi ces dossiers renseignés, **26,9% des dossiers** mentionnaient la présence d'**antécédents obstétricaux**. (tableau 16 annexe 5)

Un antécédent obstétrical sur cinq environ était représenté par la menace d'**accouchement prématuré** (tableau 17 annexe 5).

Figure 8: Antécédents obstétricaux à risque de troubles de l'attachement

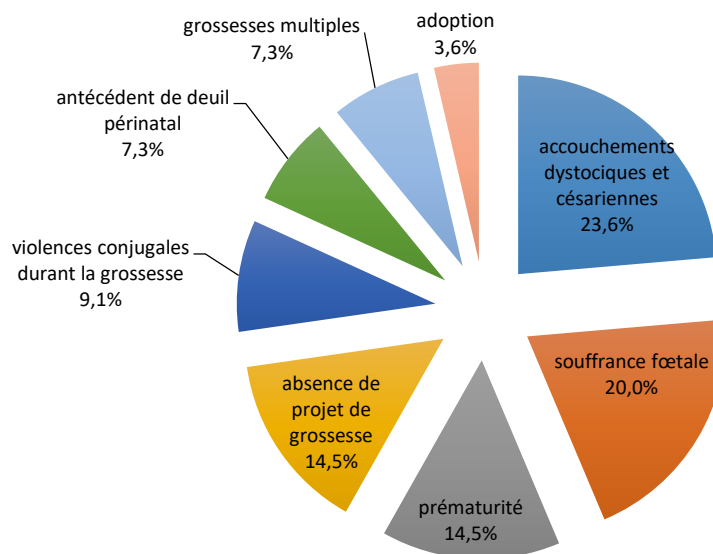


Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

b. Les antécédents périnataux et autres facteurs de risque de trouble de l'attachement

Parmi les 55 cas où les antécédents périnataux étaient renseignés, dans **23,6% des cas** nous retrouvons **un accouchement dystocique (y compris par césarienne)** et dans **un cas sur cinq** il existait **une souffrance fœtale à la naissance** (tableau 18 annexe 5).

Figure 9: Événements périnataux à facteurs de risque de troubles de l'attachement



Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

D'autres **facteurs de risque de troubles de l'attachement** ont été analysés sur la totalité de l'échantillon (tableau 19 annexe 5).

Environ une mère sur quatre souffrait d'au moins un antécédent psychiatrique personnel; 6% des mères étaient âgées de moins de 20 ans et 4,5% des mères étaient âgées de plus de 35 ans.

Seul 1% des mères de l'échantillon total ne présentaient ni antécédents obstétricaux à risque de trouble de l'attachement, ni antécédent psychiatrique personnel. Leur âge au moment de la naissance de leur enfant était compris entre 20 et 35 ans.

4. Les antécédents familiaux psychiatriques

*** Chez les pères**

63% des dossiers étudiés renseignaient la présence ou non d'antécédent psychiatrique chez les pères des enfants étudiés. Parmi ces dossiers renseignés, **environ un père sur quatre présentait au moins un antécédent psychiatrique** (tableau 21 annexe 5).

La répartition était la suivante: **un antécédent psychiatrique sur trois environ était représenté par l'éthylisme chronique, un sur cinq environ par la toxicomanie, un sur sept**

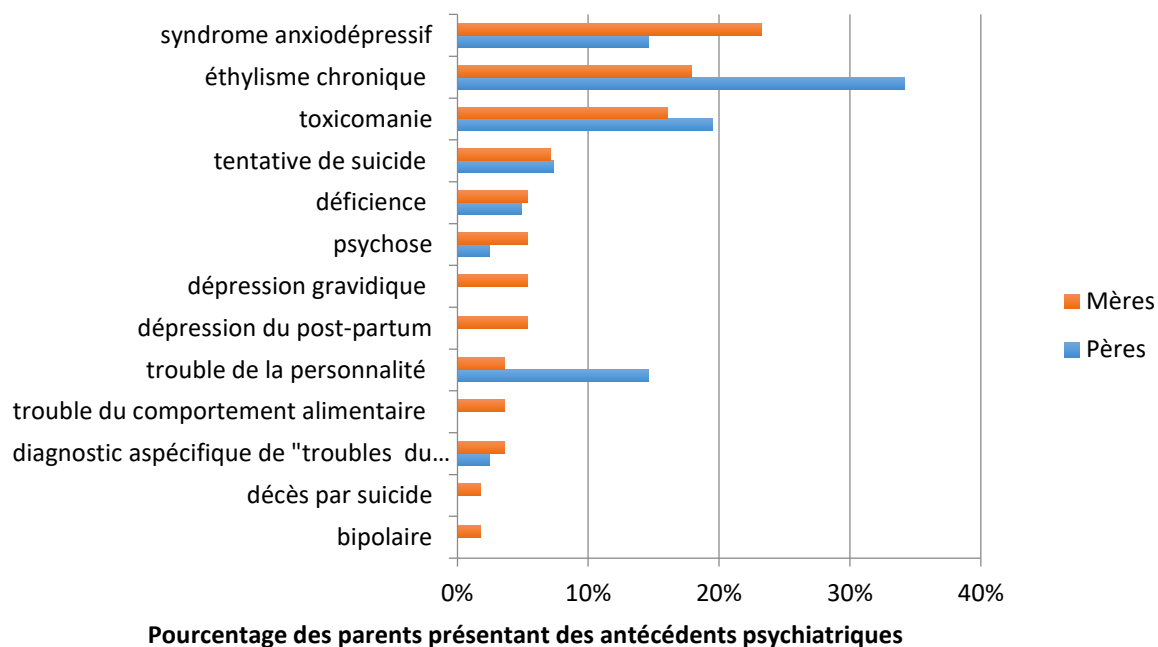
par les troubles de la personnalité et le syndrome anxio-dépressif; les tentatives de suicide représentait 7,3% des symptômes psychiatriques, la déficience 4,9% et enfin la psychose et le diagnostic aspécifique de "trouble du comportement" représentaient chacun 2,4% des antécédents psychiatriques des pères (tableau 22 annexe 5).

* Chez les mères

66% des dossiers étudiés renseignaient la présence ou non d'antécédent psychiatrique chez les mères des enfants victimes de maltraitance physique. Parmi ces dossiers renseignés, **environ une mère sur trois souffrait d'au moins un antécédent psychiatrique** (tableau 24 annexe 5).

La répartition était la suivante: **le syndrome anxio-dépressif représentait 23,2%** des antécédents psychiatriques des mères, **l'éthylisme chronique représentait 17,8%** et la **toxicomanie 16%** (tableau 25 annexe 5).

Figure 10: Antécédents psychiatriques des parents



Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

*** Au niveau familial élargi (frères, sœurs, oncles, tantes, grand-parents)**

65% des dossiers étudiés renseignaient cette notion. Parmi eux, **un dossier sur cinq environ mentionnait la présence d'au moins un antécédent psychiatrique dans la famille élargie** (tableau 27 annexe 5).

L'antécédent majoritairement représenté était le **diagnostic aspécifique de "trouble du comportement"** (il représentait **22,6% des antécédents**), le retard du développement psychomoteur et **l'éthylisme chronique représentaient chacun 16,1% des antécédents**, le syndrome anxio-dépressif 12,9%, la toxicomanie 9,7%, les antécédents déficience, autisme et psychose représentaient chacun 6,5% des antécédents psychiatriques familiaux. La tentative de suicide était l'antécédent minoritairement représenté.

a. Antécédent de maltraitance infantile chez les parents

L'antécédent de maltraitance infantile chez les parents n'était pas renseigné dans 89,5% des dossiers. Parmi les dossiers renseignés, 6% faisaient cas d'un antécédent de maltraitance infantile chez un parent, avec une tendance plus forte chez les mères (trois mères sur quatre et un père sur quatre) (tableau 29 annexe 5).

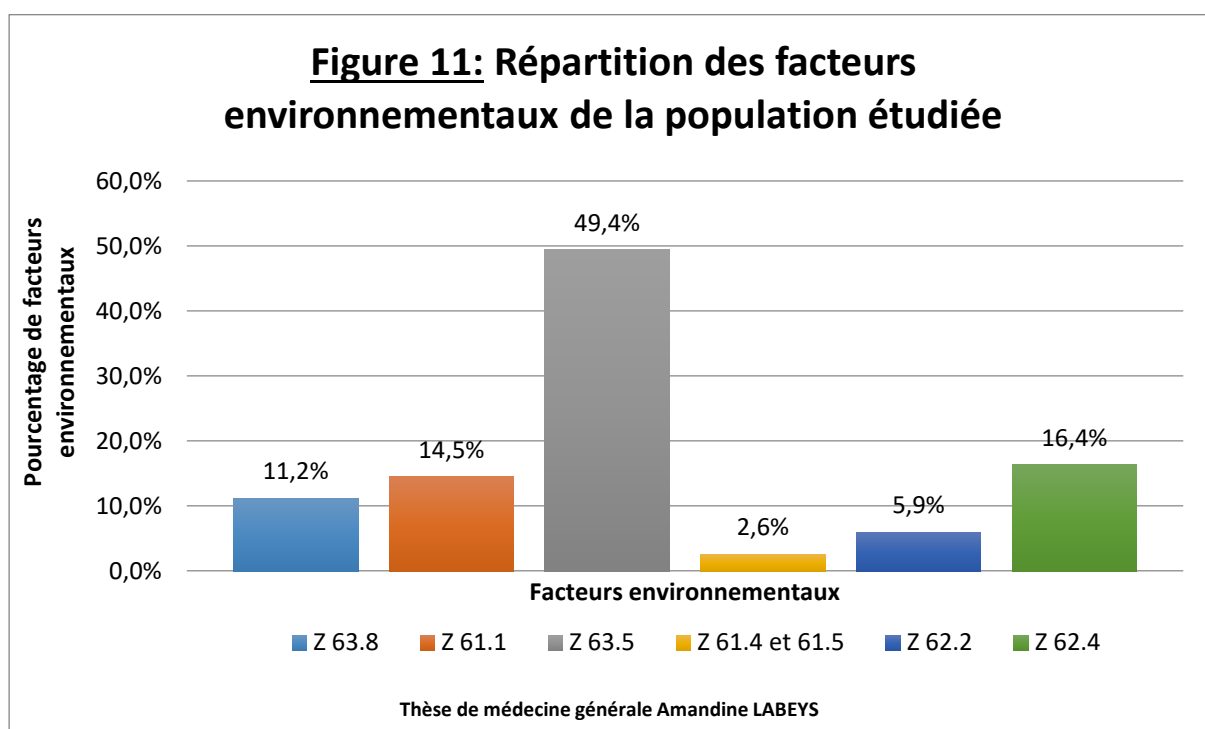
b. Antécédents de placement durant l'enfance des parents

L'antécédent de placement chez les parents n'était pas renseigné dans 93% des dossiers. Parmi les dossiers renseignés, nous avons relevé 2,5% d'antécédents de placement durant l'enfance des parents, avec une tendance plus forte chez les mères (deux mères sur trois et un père sur trois) (tableau 30 annexe 5).

5. Les antécédents familiaux somatiques

Il n'y avait pas d'antécédents somatiques familiaux notables.

6. Les facteurs environnementaux

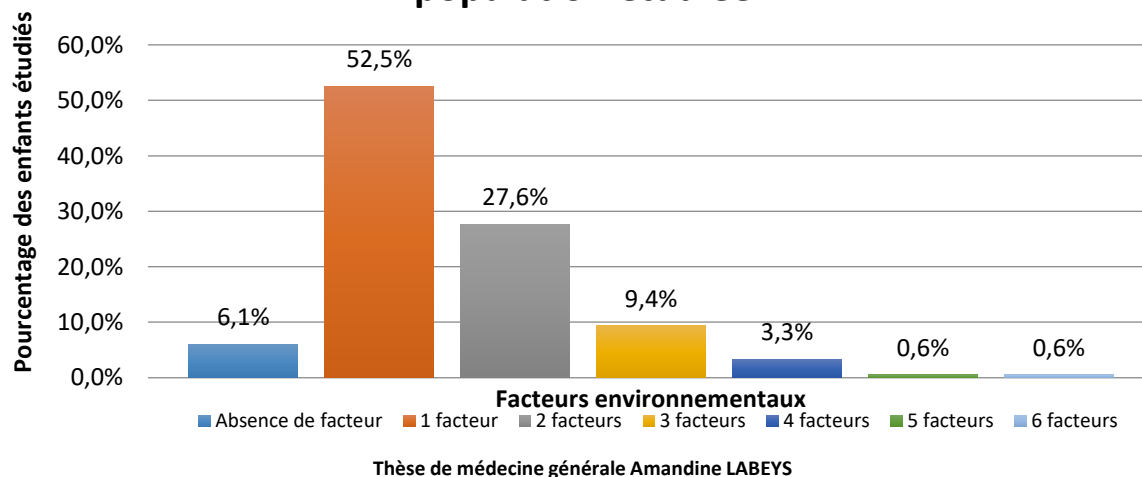


Dans 52,5% des dossiers étudiés, nous retrouvons la présence d'un seul facteur environnemental (tableau 32 annexe 5).

L'association, de deux facteurs environnementaux, était présente dans un dossier sur quatre; l'association de trois facteurs dans 9,4% des dossiers, de quatre facteurs dans 3,3% des dossiers, de cinq et six facteurs dans 0,6% des dossiers.

L'association d'au moins trois facteurs environnementaux, a donc été retrouvée dans 13,8% des dossiers.

Figure 12: Facteurs environnementaux de la population étudiée

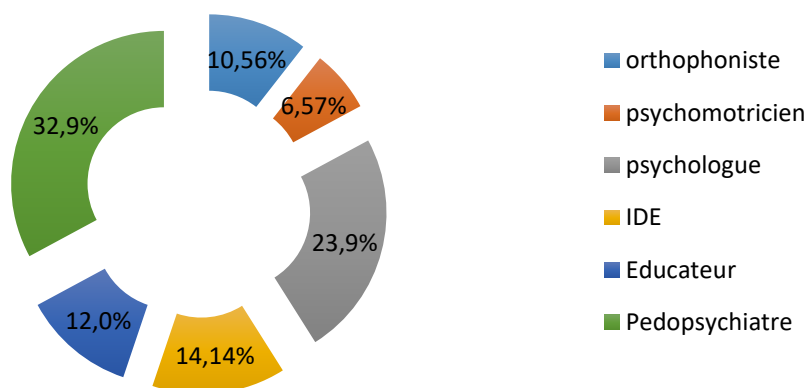


III. CONCERNANT LE DIAGNOSTIC DE MALTRAITANCE PHYSIQUE ET LA PRISE EN CHARGE

1. Prise en charge des enfants

Nous avons étudié, la prise en charge médicale et paramédicale des enfants. 98,5% des dossiers de l'échantillon étudié renseignaient le mode de prise en charge. Parmi ces dossiers, un enfant n'avait aucun suivi, soit 0,51% des cas.

Figure 13: Répartition de la prise en charge par spécialistes



Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

Dans environ une prise en charge sur trois, les enfants étaient suivis par un pédopsychiatre. Dans environ une prise en charge sur quatre, les enfants étaient suivis par un psychologue (tableau 33 annexe 5).

47,2% des enfants bénéficiaient d'un **suivi multidisciplinaire, par au moins trois soignants** (tableau 34 annexe 5).

2. Les diagnostics concomitants au diagnostic de maltraitance physique Z 61.6

Tous les dossiers de l'échantillon étudié renseignaient cette information.

Dans 19% des cas, le diagnostic de maltraitance physique Z 61.6 était isolé au moment où ce dernier était posé. **Dans 81% des cas, il était associé à au moins un autre diagnostic** (tableau 35 annexe 5).

Parmi les 81%, nous avons remarqué que dans **25,9% des cas, le diagnostic Z 61.6 était associé à un seul autre diagnostic**, dans 19,8% des cas, il était associé à deux autres diagnostics alors que dans **54,3% des cas il était associé à au moins trois diagnostics concomitants** (tableau 36 annexe 5).

3. Les diagnostics posés antérieurement au diagnostic de maltraitance physique

76,5% des dossiers de l'échantillon renseignaient cette donnée.

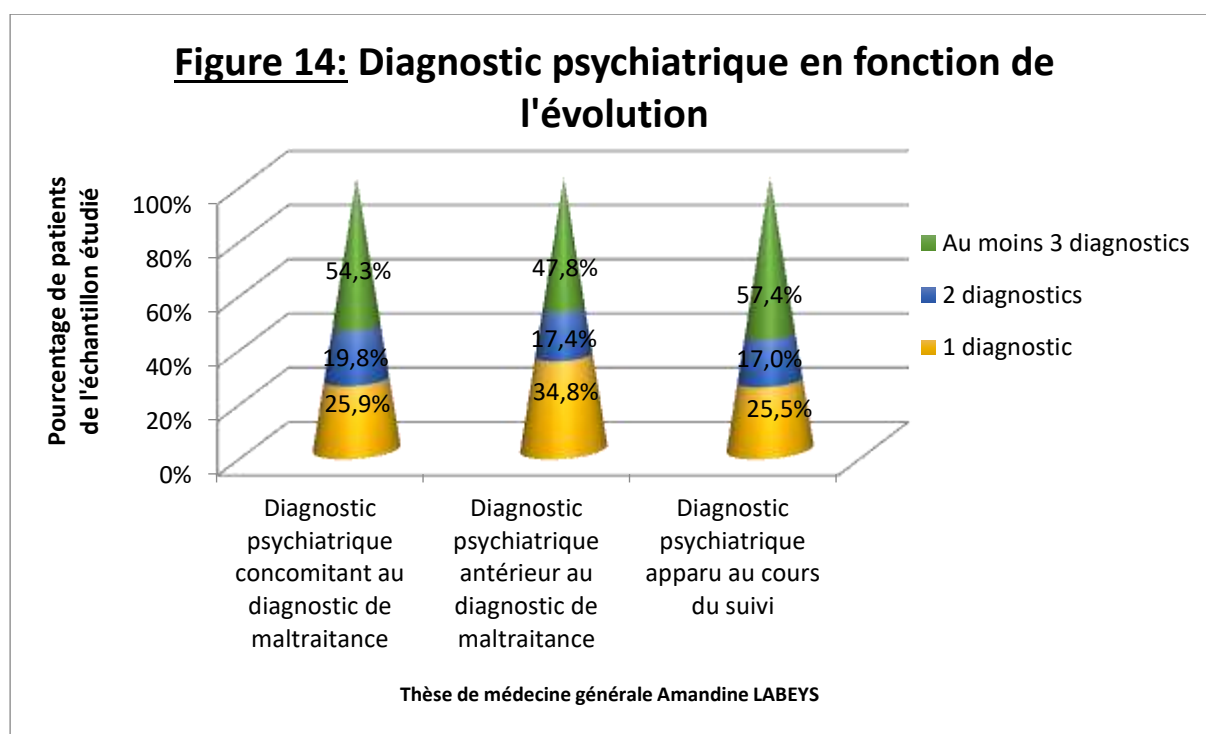
Parmi les dossiers renseignés, **85% ne comportaient pas de diagnostic antérieur**, et 15% des enfants étaient donc déjà suivis antérieurement (tableau 37 annexe 5). Parmi les enfants qui étaient déjà suivis antérieurement, **la moitié avait au moins 3 diagnostics associés antérieurs, et un sur trois avaient un seul diagnostic antérieur**. (tableau 38 annexe 5). En moyenne, les diagnostics avaient été posés 2,43 ans avant le diagnostic de maltraitance physique, avec un écart type de 1,52 an.

4. Les diagnostics apparus au cours du suivi pédopsychiatrique, postérieurement au diagnostic de maltraitance physique

24,5% des dossiers renseignaient cette notion (tableau 39 annexe 5).

Parmi les dossiers renseignés, 4,1% mentionnaient ne pas comporter de diagnostic au cours du suivi. Dans **95,9% des dossiers, il apparaissait donc de nouveaux diagnostics au cours du suivi pédopsychiatrique**, dont la répartition était la suivante: dans **25,5% des cas** il apparaissait **un seul diagnostic**; dans 17% des cas, il apparaissait deux diagnostics et dans **57,4% des cas, il y avait au moins trois diagnostics associés qui apparaissaient au cours du suivi** (tableau 41 annexe 5).

En moyenne, les diagnostics apparaissaient à 2,79 ans après le diagnostic de maltraitance physique avec un écart type de 1,67. **La majorité des diagnostics apparaissant au cours du suivi était représentée par des troubles comportementaux.**



IV. ANALYSE DES SYMPTOMES AYANT CONDUIT AU DIAGNOSTIC DE MALTRAITEMENT PHYSIQUE Z 61.6

Un dossier sur cinq de l'échantillon ne renseignait ni la présence, ni la qualité des symptômes ayant permis de poser le diagnostic de maltraitance physique.

Dans deux tiers des dossiers, les symptômes ayant permis d'accéder au diagnostic de maltraitance physique étaient psychiques; Pour 9%, ils étaient uniquement physiques. 3,5% des enfants de l'échantillon étudié étaient asymptomatiques. Pour information, dans trois

dossiers, soit 1,5% de la population, nous retrouvions une association de symptômes physiques et psychiques (tableau 42 annexe 5).

1. Les symptômes psychiques ayant conduit au diagnostic de maltraitance physique

Dans 134 dossiers, soit deux tiers de l'échantillon étudié, nous retrouvions la présence de symptômes psychiques, qui avaient permis d'alerter et d'orienter vers le diagnostic de maltraitance physique.

Les différentes dimensions explicitées ci-dessous pouvaient être associées pour un enfant. **La dimension psychique majoritairement représentée était comportementale, retrouvée dans la moitié des cas.** Les dimensions cognitive et anxieuse étaient retrouvées de manière égale dans 44,8% des cas, suivie par la dimension fonctionnelle dans 41% des cas. La dimension négative était retrouvée dans un quart des cas environ. Les dimensions, thymique (dans 17,9% des cas) et positive (dans 5,2% des cas) étaient représentées de façon minoritaires (tableau 43 annexe 5).

Nous avons également remarqué que les différentes dimensions étaient associées, dans un tiers des cas environ. (Deux dimensions étaient associées dans 31,3% des cas et trois dimensions et plus étaient retrouvées dans 37,3% des cas). Nous avons remarqué que les répartitions des dimensions étaient semblables selon qu'elles étaient uniques ou associées.

2. Analyse des différentes dimensions psychiques

Les symptômes de chacune des dimensions peuvent être uniques ou associés dans les dossiers étudiés.

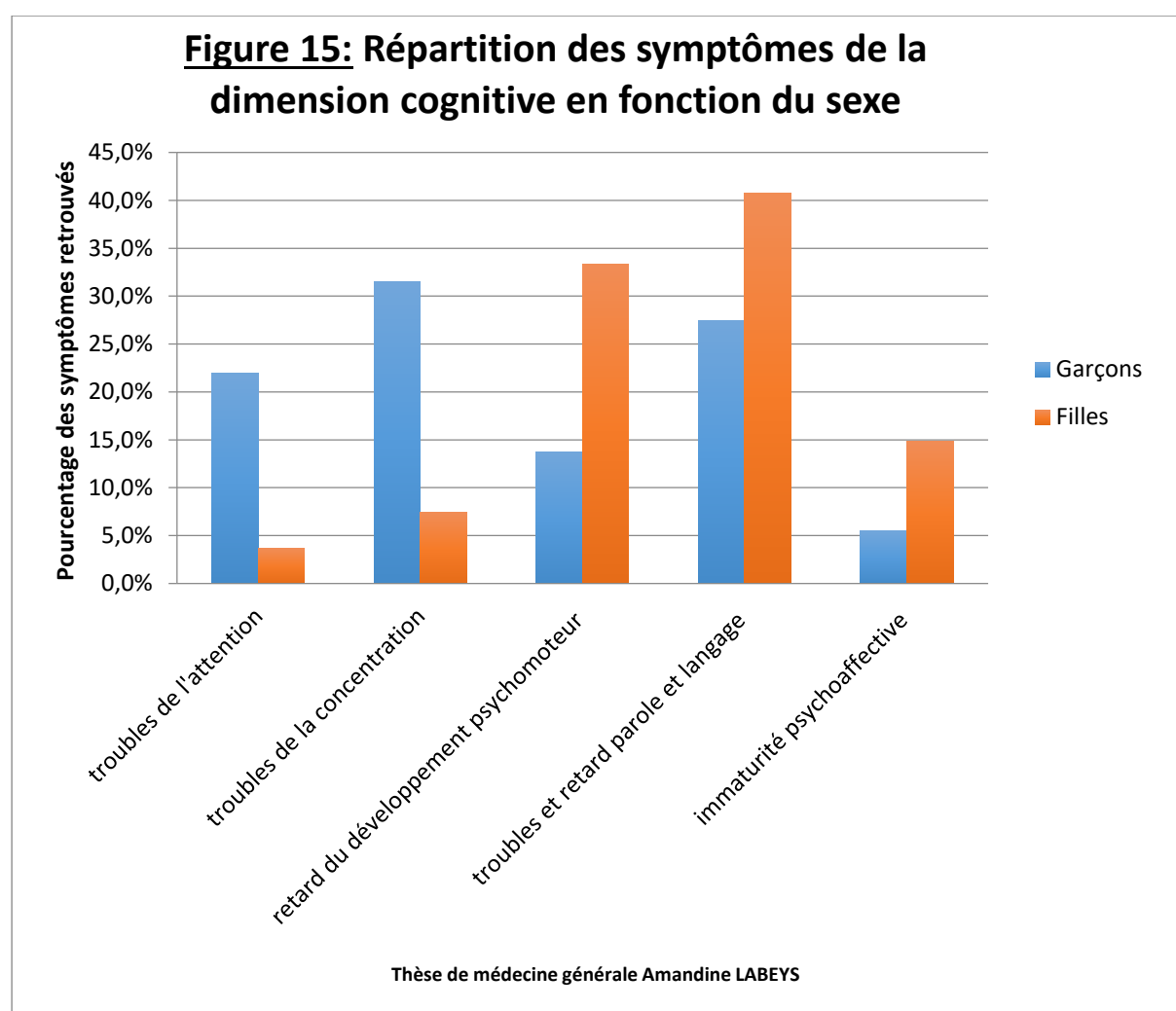
*** Dimension cognitive:**

Cette dimension était présente chez 60 enfants de notre échantillon.

Parmi ces enfants, **51,6% souffraient de troubles de la parole et du langage, 41,6% de troubles de la concentration, un tiers d'un retard de développement psychomoteur, 28,3% de troubles de l'attention et 13,3% d'immaturité psychoaffective** (tableau 44 annexe 5).

Les filles présentaient majoritairement un retard de la parole ou du langage (40,74% des symptômes, contre 27,4% chez les garçons), un retard du développement psychomoteur (un symptôme sur trois contre 13,7% des symptômes chez les garçons) et immaturité psychoaffective (14,8% des symptômes contre 5,4% chez les garçons).

Les garçons présentaient préférentiellement des symptômes de type trouble de la concentration (31,51% des symptômes contre 7,41% chez les filles) et de l'attention (21,9% des symptômes contre 3,7% chez les filles) (tableau 45 annexe 5).



* Dimension fonctionnelle

Cette dimension était présente chez 55 enfants de notre échantillon.

Parmi ces enfants, **72,7% souffraient de troubles du sommeil; 25,4% d'énurésie, 23,6% de troubles alimentaires et 14,5% d'encoprésie** (tableau 46 annexe 5).

Les filles présentaient **davantage de troubles du sommeil** (deux tiers des symptômes contre 46,6% des symptômes chez les garçons). Les troubles alimentaires étaient représentés de manière équivalente dans les deux sexes (17,7% des symptômes chez les garçons contre 16,6% chez les filles).

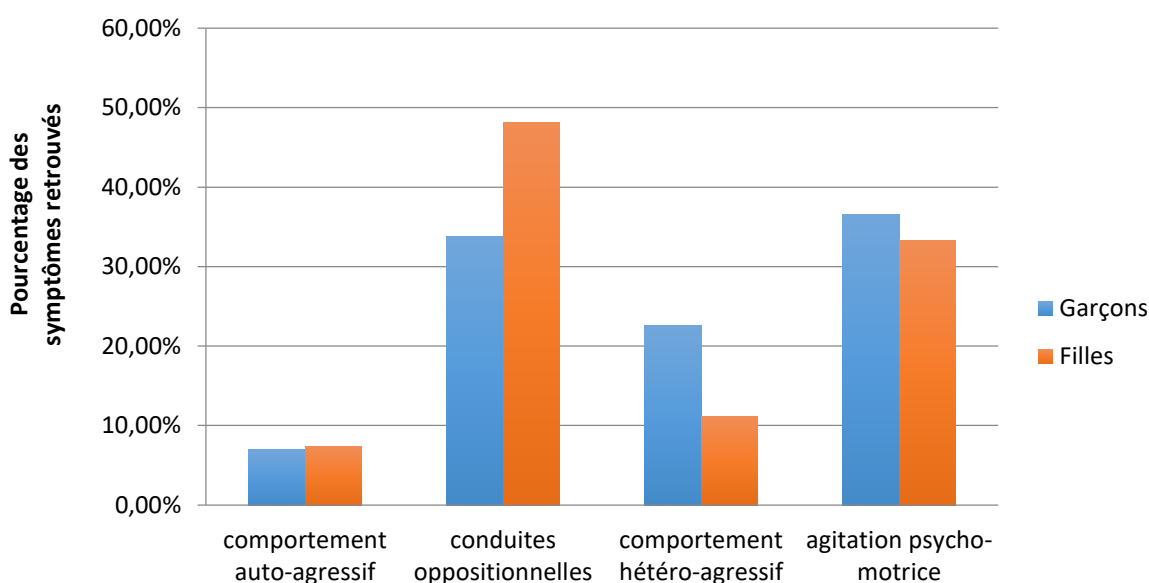
Les garçons avaient tendance à présenter **davantage d'énurésie** (22,2% des symptômes contre 13,3% chez les filles) et d'**encoprésie** (13,3% des symptômes contre 6,67% chez les filles) (tableau 47 annexe 5).

*** Dimension comportementale**

Cette dimension était la **plus fréquemment retrouvée**, dans les symptômes qui permettaient d'alerter quant au diagnostic de maltraitance physique, elle a été retrouvée chez 69 enfants.

Parmi ces enfants, **53,6%** présentaient des **conduites oppositionnelles**, **50,6%** une **agitation psychomotrice**; **27,5%** présentaient un **comportement hétéro-agressif** et **10,1%** un **comportement auto-agressif** (tableau 48 annexe 5).

Figure 16: Répartition des symptômes de la dimension comportementale en fonction du sexe



Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

*** Dimension anxieuse**

Cette dimension était présente chez 60 enfants de notre échantillon.

Parmi ces enfants, **85% des enfants souffraient d'anxiété et 25% d'anxiété de séparation**; 15% souffraient de phobies.

Le refus scolaire anxieux et les manifestations psychosomatiques étaient représentés de manière égale dans 5% des cas et le registre obsessionnel était minoritairement retrouvé chez 3,3% des enfants (tableau 50 annexe 5).

Les filles avaient tendance à présenter **davantage d'anxiété** (68,9% des symptômes contre 57,4% chez les garçons) et **d'anxiété de séparation** (20,6% des symptômes contre 16,6% chez les garçons).

Chez les **garçons** les symptômes majoritaires étaient les **phobies** (12,9% des symptômes contre 6,9% chez les filles), **le refus scolaire anxieux** (5,5% des symptômes), les manifestations psychosomatiques et les symptômes du registre obsessionnel (3,7% des symptômes concernant ces deux dernières entités).

A noter, aucune fille n'avait rapporté de symptôme du registre obsessionnel ni de refus scolaire anxieux (tableau 51 annexe 5).

*** Dimension thymique**

Cette dimension était mentionnée dans 24 dossiers.

Parmi ces dossiers, **83,3% des enfants souffraient de tristesse et d'affects dépressifs, sans distinction selon le sexe.**

L'auto-dévalorisation et les idées noires ou le pessimisme étaient mentionnés dans 17% des cas pour le premier, et dans 13% des cas pour le second. 8% des enfants présentaient des idées suicidaires et 4% présentaient une exaltation de l'humeur (tableau 52 annexe 5).

Un symptôme sur six de cette dimension chez le garçon était représenté soit par l'auto-dévalorisation soit par les idées noires, le pessimisme.

Chez les filles, les symptômes auto-dévalorisation, exaltation de l'humeur, ralentissement psychomoteur et idées suicidaires étaient représentés de manière équivalente (chaque symptôme représentant 9% des symptômes de cette dimension) (tableau 53 annexe 5).

*** Dimension négative**

Cette dimension a été retrouvée chez 37 enfants (tableaux 54 et 55 annexe 5).

Parmi ces enfants, 72,9% souffraient de **difficultés relationnelles et timidité**; préférentiellement des **garçons** (66,6% des symptômes de cette dimension chez les garçons contre 42,8% chez les filles).

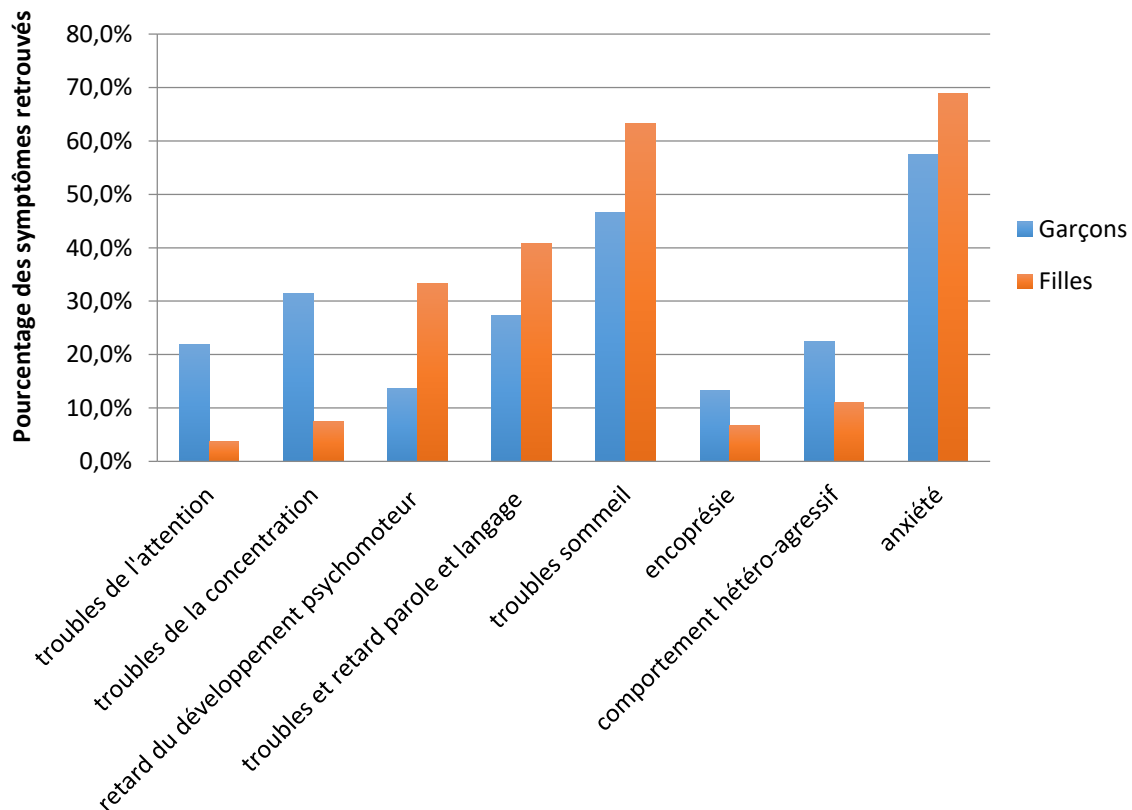
59,4% des enfants souffrait de **retrait et tendance à l'isolement**; préférentiellement retrouvés chez les **filles** (un symptôme sur deux de cette dimension chez les filles contre un symptôme sur trois de cette dimension chez les garçons).

*** Dimension positive**

Cette dimension était peu retrouvée dans notre étude, elle a été retrouvée chez sept enfants de l'échantillon étudié (tableaux 56 et 57 annexe 5).

Parmi ces enfants, **57,1% souffraient de bizarreries comportementales**. Chez les **filles**, les bizarreries comportementales représentaient 100% **des symptômes** de cette dimension, contre 40% des symptômes chez les garçons. **Fabulations et imaginaire envahissant** étaient mentionnés chez **42,8% de ces enfants**; ce symptôme était uniquement représenté chez les garçons. Aucun cas n'avait fait état d'idéations délirantes.

Figure 17: Profil symptomatologique en fonction du sexe



Thèse de médecine générale Amandine LABEYS

V. L'EVOLUTION DES PATIENTS

Nous avons recueilli l'évolution ultérieure des patients jusqu'à leur 18 ans, en fonction des différentes dimensions psychiques: 43% des dossiers étudiés mentionnaient le profil évolutif des patients.

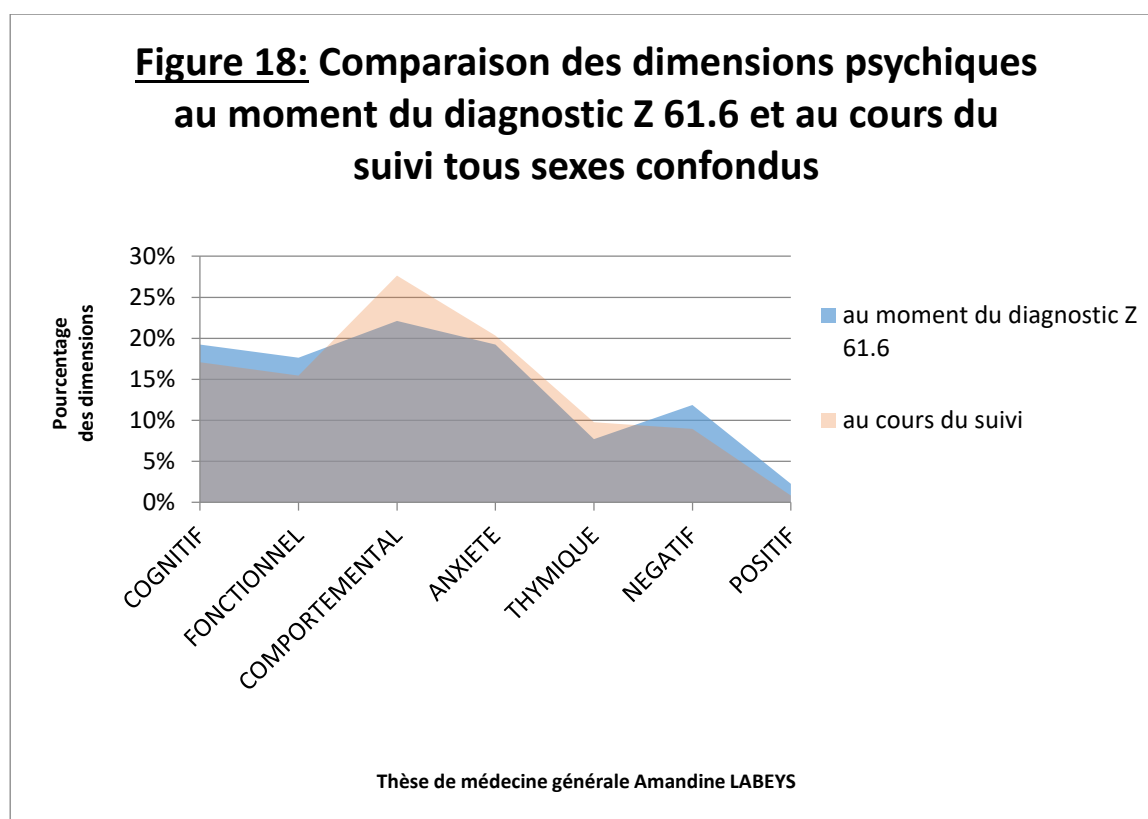
Les dimensions ci-dessous peuvent être isolées ou associées.

La répartition des différentes dimensions était semblable à celle recueillie au moment de l'établissement du diagnostic de maltraitance physique.

Parmi les cas renseignés, **39,5%** présentaient des symptômes de la dimension **comportementale**; **29,1%** présentaient des symptômes de la dimension **anxiété**, **24,4%** présentait des symptômes de la **dimension cognitive** et **22,1%** des symptômes de la dimension **fonctionnelle**. 14% des enfants présentaient des symptômes de la dimension

thymique, 12,8% de la dimension négative et 1,2% de la dimension positive (tableau 59 annexe 5).

Dans 44,2% des cas, il existait une seule dimension psychique prédominante. L'association de deux dimensions était présente dans 30,2% des cas, et l'association d'au moins trois dimensions était retrouvée dans 11,6% des cas. Il n'était pas retrouvé de symptôme postérieurement au diagnostic, durant le suivi dans 14% des cas (tableau 60 annexe 5).



DISCUSSION

1. Caractéristiques des enfants victimes de maltraitance physique

a. Le sexe et l'âge

Dans la littérature, il est admis que la majorité des diagnostics de maltraitance physique a lieu chez les garçons et vers l'âge de 6 ans (5).

Dans notre étude, nous avons mis en évidence que le diagnostic de maltraitance physique était prédominant avant un an et vers l'âge de 6 ans, sans différence significative selon le sexe. L'âge moyen est légèrement plus élevé chez les garçons (6,58 ans) que chez les filles (5,56 ans). Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses concernant ce phénomène. Tout d'abord, les enfants d'âge préscolaire (inférieur à 6 ans) expriment beaucoup moins de détails que les enfants d'âge scolaire. Les habiletés expressives, cognitives et mnésiques sont moins développées, ce qui peut participer au fait qu'il y ait un sous-diagnostic dans cette tranche d'âge (19). De même, ces enfants âgés de moins de 6 ans, ne sont pas capables de désapprouver ou d'excuser l'abuseur ou la personne qui induit la maltraitance (20). Certains, souffrent probablement également d'un retard global du développement psychomoteur (qui pourrait être, par exemple, la conséquence d'actes de maltraitance), provoquant une diminution de leur capacité de communication d'où un retard diagnostic. Nos données, sont en cohérence avec les données de la DESCO (Direction de l'Enseignement Scolaire du Ministère de l'Education Nationale), qui montrent une prédominance de la maltraitance, et notamment de la violence physique, chez les enfants scolarisés dans le premier degré (5).

Notre étude, met en évidence une prédominance du sexe masculin des enfants victimes de maltraitance physique (60,5% des garçons contre 39,5% des filles), probablement par une traduction comportementale plus bruyante et donc plus aisée pour le diagnostic, les enfants filles seraient probablement sous-diagnostiquées. Ces données sont en corrélation avec les données de la littérature. La répartition par sexe varie selon les études, notamment en fonction des types de mauvais traitements. Selon l'Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale (ODAS) et le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED), la maltraitance des enfants concerne,

environ 1 à 2 mineurs sur 1.000 en France. Chez les tout petits, il s'agit le plus souvent de violences physiques, alors que les violences psychologiques prédominent chez les adolescents. Chez les filles, il s'agit principalement de violences psychologiques et sexuelles et chez les garçons de violences physiques (21). Ces notions sont également retrouvées dans une étude de prévalence de plusieurs types de maltraitance réalisée au Vietnam en 2006 (22).

Les facteurs qui peuvent expliquer la découverte de maltraitance physique chez les garçons à l'âge scolaire pourraient-être que les garçons ont des comportements et émotions différentes. L'étude de Morrel et Murray en 2003 (14) suggère des modalités développementales spécifiques du sexe pour le développement des troubles de la régulation émotionnelle. Ceci va dans le sens de la plus grande sensibilité trouvée chez les garçons à la situation dite du « visage immobile » (Still Face) (Weinberg, Tronick, Cohn et Olson, 1999) (23) (Annexe 6), de même que dans le sens de la vulnérabilité généralement plus forte des garçons à un environnement parental défavorable.

A l'âge de 6 ans, l'enfant devient plus autonome. Il est capable de comportements socialisés : respect des autres, conscience de leurs qualités, collaboration, préoccupation d'autrui. Le développement du lobe frontal va permettre une amélioration des capacités de logique, de planification et de régulation des comportements. Il prend une certaine indépendance à l'égard de sa famille et notamment de sa mère, s'éloignant ainsi de cette présence sécurisante. Le travail de reconstruction de la personnalité qui s'opère conduit l'enfant vers une période de sa vie où il peut être à la fois instable, opposant, coléreux et dans un même temps sensible et vulnérable. Cette époque va permettre à l'enfant de se construire une « image de soi » (24).

b. Le rang dans la fratrie

En 1999, une enquête, menée conjointement par l'ODAS (Observatoire Nationale de l'Action Sociale) et le SNATEM (Service Nationale d'Accueil téléphonique pour l'Enfance Maltraitée), dans 10 départements et sur plus de 10 000 signalements, a permis de faire divers constats sur les familles des enfants en danger: **la proportion de familles monoparentales parmi les familles d'enfants en danger est trois fois plus importante que dans la population générale; les enfants maltraités sont surreprésentés dans les familles recomposées** (25). Une étude longitudinale de Cambridge, réalisée par Farrington en 1995 (26) a précisé l'impact des facteurs familiaux, en indiquant que ce n'est pas la structure monoparentale de la famille en elle-même qui est responsable des effets négatifs sur les

enfants, mais les conflits qui ont précédé la rupture du couple, et en particulier l'absence de surveillance et de discipline après cette rupture.

Ces données vont dans le sens des résultats de notre étude, qui montre que la majorité des enfants maltraités sont **des enfants uniques du couple parental** (29,5% des cas), nous pouvons émettre l'hypothèse qu'ils sont dans des cas de familles recomposées. L'analyse du facteur environnemental Z63.5 (dislocation familiale par séparation, divorce), le met également en exergue (figure 13). Ce facteur est retrouvé dans 49,4% de la population étudiée. En revanche, il existe des biais de classement; d'une part, plusieurs enfants sont issus d'une même fratrie, engendrant que certaines caractéristiques environnementales et familiales sont surreprésentées. D'autre part, concernant la caractéristique du rang dans la fratrie, le rang enfant unique du couple parental est surreprésenté, du fait des probables recompositions des fratries. Concernant les familles monoparentales et recomposées, il est donc impossible de décrire avec précision les caractéristiques des fratries, du fait de ces biais d'information.

Nous avons également remarqué une tendance selon le sexe: **les garçons maltraités** sont le plus souvent **ainés** (28%) alors que **les filles ont plus souvent un rang de cadettes** (17,7%) (figure 3). Nous savons que l'évolution de l'enfant est influencée par sa position dans la fratrie. Il est peu retrouvé d'études sur l'influence du rang dans la fratrie en fonction du sexe.

La littérature universelle offre de nombreux exemples de l'exploitation du thème de la hiérarchie dans la fratrie, de son poids dans le roman familial et dans la trajectoire existentielle de l'individu. L'ainé a une place et un rôle privilégié mais il subit le premier les risques de la rupture trans-générationnelle inévitable (27).

L'ainé cultive une loyauté envers ses parents, il est donc le premier à développer un trouble psychique de type anxieux si la pression des parents est trop importante ou s'il se produit malheur dans la fratrie. Il sera le premier porteur d'un symptôme et donc potentiellement le premier à subir des sévices physiques. Il est également le responsable de la fratrie, désigné par la tradition, par l'organisation et le fonctionnement antérieur de la famille. La place de l'ainé apparaît donc comme un élément de vulnérabilité particulièrement sensible (28).

Le cadet est confronté à des parents disposant déjà d'une certaine compétence. Ils sont donc plus détendus, et relativement adroits, imposant des exigences plus réalistes à leur enfant. Par ailleurs le cadet arrive dans une constellation familiale où le(s) aîné(s) est (sont)

déjà bien intégré(s). Il va devoir se faire sa place, et obtenir sa part d'attention parentale. A cet effet il peut tenter de se démarquer des autres membres de la famille par son originalité. Si le cadet occupe un rang médian dans la fratrie, il peut éprouver une difficulté particulière à attirer l'attention parentale sur lui. Sauf dans un cas: si il est d'un sexe différent des autres enfants.

L'enfant unique a mauvaise réputation : il serait excessivement favorisé, égocentrique, peu sociable...En réalité cela dépend beaucoup des conditions particulières dans lesquelles il grandit. En principe, nous pouvons dire qu'il risque de cumuler les difficultés de l'aîné, et du benjamin : parents inexpérimentés et maladroits, qui surinvestissent leur enfant.

Enfin, signalons que les parents ne se comportent pas de la même façon avec chacun de leurs enfants : la personnalité de l'enfant influence le type de rapport particulier qu'il va tisser avec son parent. Chaque enfant arrive à un moment particulier de l'histoire de sa famille : situation financière, professionnelle, affective,... des parents favorables ou non. Les parents se comportent différemment avec un garçon ou une fille, avec un enfant très jeune ou un enfant plus âgé.

c. Les antécédents personnels somatiques

Dans notre étude, nous remarquons que **37% des enfants présentaient un antécédent somatique pouvant impliquer un handicap physique et ou psychique**. Parmi ces antécédents, nous retrouvons **des pathologies chroniques, telles que l'épilepsie dans 3,8% des cas, 7% de syndrome du bébé secoué** (prédominant chez les garçons) et de manière moins fréquente un syndrome de Marfan, une neurofibromatose, un syndrome néphrotique, un cas de surdité de transmission et un cas d'hypothyroïdie.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que la présence d'une pathologie chronique, potentiellement invalidante, de par ces conséquences et répercussions au quotidien, peut induire un comportement de violence provenant des parents, à moins qu'elle ne soit secondaire et la conséquence d'actes de maltraitance antérieurs? La littérature sur les mauvais traitements infligés aux enfants handicapés est abondante et d'une qualité très variable. Toutefois, certains faits sont retrouvés de façon constante. La présence chez l'enfant de troubles du comportement ou de difficultés d'apprentissage, est fréquemment associée à de la maltraitance. Les violences sexuelles sont tout particulièrement fréquentes chez les enfants et adolescents atteints de retards mentaux. En ce qui concerne les handicaps physiques; la

plupart des articles ne le mentionnent pas ou indiquent une absence de relation statistique avec les mauvais traitements. Les divers types de handicaps intellectuels ou psychologiques sont souvent des séquelles, chez le jeune enfant, de la prématurité (surtout de la grande prématurité). **Le handicap en lui-même est un facteur de risque de maltraitance.** Selon F. Dolto, un enfant doit toujours se faire adopter par ses parents. Cette adoption sera d'autant plus difficile si l'enfant déçoit beaucoup ses parents : enfant prématuré, handicapé... car certains parents éprouvent des difficultés à faire coïncider l'enfant réel et l'enfant fantasmatique.

c.1. Cas particulier de l'épilepsie

L'épilepsie idiopathique est la plus fréquente. Quant à l'épilepsie lésionnelle, elle est secondaire à une lésion cérébrale provoquée par un accident survenu avant, pendant ou après la naissance. C'est une des affections neurologiques les plus fréquentes dans l'enfance, présente chez 2 à 3% de la population générale. Elle débute entre 0 et 12 ans pour la moitié des cas. Les formes d'épilepsie de l'enfant sont très nombreuses, il existe une grande variabilité d'expressions cliniques en fonction de l'âge de l'enfant. Cette pathologie neurologique est souvent associée à des pathologies chroniques, et sont responsables de troubles du développement cognitifs, émotionnels, comportementaux et psychosocial.

d. Les antécédents personnels psychiatriques et le contact avec la pédopsychiatrie

Concernant les antécédents personnels psychiatriques, **23,2% de la population étudiée en présentaient au moins un, majoritairement des garçons (25,6%).** Nous remarquons également, que globalement, l'âge du premier contact avec la pédopsychiatrie (en moyenne 4,8 ans) et l'âge du début de suivi en pédopsychiatrie (5,1 ans), sont superposables. Le "premier contact" correspond probablement à la découverte des symptômes, alors que le "début de suivi" suit le diagnostic de maltraitance physique. De plus, **nous remarquons qu'entre 1 et 6 ans, le pourcentage d'enfants suivis en pédopsychiatrie est supérieur au pourcentage d'enfants diagnostiqués souffrant de maltraitance physique** (figure 5). Cet effet, s'inverse chez les enfants de moins d'un an, ainsi qu'après six ans. Ceci entre en corrélation avec nos données concernant l'âge moyen du diagnostic (6 ans).

De même, 15% des enfants de notre population, étaient déjà suivis antérieurement en pédopsychiatrie, la moitié d'entre eux avait au moins trois diagnostics associés (tableau 38 annexe 5). En moyenne, les diagnostics antérieurs étaient posés 2,4 ans avant le diagnostic de maltraitance physique. Ces données concernant la chronologie de l'apparition des symptômes et le moment de l'établissement du diagnostic, nous permettent de nous questionner sur la relation de causes à effets. Ces symptômes pédopsychiatriques sont-ils à l'origine ou sont-ils les conséquences de la maltraitance physique?

Au moment de l'établissement du diagnostic de maltraitance physique, les données de l'étude montre l'association concomitante de trois diagnostics dans 54,3% des cas (tableau 36 annexe 5).

Concernant le mode de prise en charge ainsi que de suivi, 32,9% des enfants étaient suivis auprès d'un pédopsychiatre, 23,9% auprès d'un psychologue, 14,1% auprès d'une infirmière spécialisée en pédopsychiatrie, 12% auprès d'un éducateur, 10,5% bénéficiaient d'un suivi orthophonique et 6,5% d'un suivi psychomotricien. Le suivi était multidisciplinaire pour la moitié des enfants, par au moins trois spécialistes (figure 13). La multiplication des intervenants suggère un handicap mental, un retard du développement ou des troubles des apprentissages.

e. Le signalement

Les enfants portant le diagnostic de maltraitance physique, dans notre étude, avait pour **77,6% des cas fait l'objet de signalement. Cet acte de signalement était majoritairement représenté chez les enfants de sexe masculin (60,5% de garçons et 39,4% de filles), et les enfants âgés de six ans ou moins représentaient 53,8% de la population.** Ces résultats concordent avec les résultats d'une étude de l'ODAS en 2006 (29) (annexe 7). Cette étude montre qu'entre 2005 et 2006, ce sont 1000 enfants supplémentaires qui ont été signalés en danger (soit 1% de plus par rapport à l'année précédente), ce qui porte à 98 000 le nombre de ceux pour lesquels des difficultés ont été repérées et ont donné lieu, à une décision d'orientation vers la protection administrative ou judiciaire de l'enfance. Cependant, le nombre d'enfants faisant l'objet d'informations préoccupantes diminue légèrement en 2006, de l'ordre de 5% pour un total de 19 000, représentant moins de 20% du total des signalements.

Cette enquête de l'ODAS en 2006, **montre dans la répartition par sexe des enfants signalés, une présence des garçons plus importante que des filles** (50 500 pour les premiers (51,5%) contre 47 500 pour les secondes (48,4%)). Elle montre également que la population des enfants de 11 ans et plus, reste minoritairement signalée avec 43 100 jeunes soit 44% du total alors que **le nombre d'enfants âgés de moins de 11 ans s'élève à 54 900 soit 56% du total**. A noter que les enfants âgés de moins de 6 ans représentent pour leur part près de 29 % des signalements (29).

Nous avons également noté que pour 13,8% des enfants, le signalement avait été réitéré à de multiples reprises.

Parallèlement, nous avons remarqué que 36,7% des enfants ont été placés suite au signalement, majoritairement des enfants de sexe féminin. Ces chiffres sont difficilement interprétables, car il existe des biais de mesure; la notion de signalements multiples était peu renseignée dans les dossiers, de même que le nombre d'enfants placés était supérieur au nombre d'enfants qui avaient bénéficié d'un signalement.

Selon l'ODAS (29), le nombre d'enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance évolue peu, de l'ordre de 4% en sept ans, soit quatre fois moins que les signalements recensés sur la même période. Bien que ces deux évolutions ne soient pas directement comparables, leur mise en perspective nous renseigne sur les pratiques des acteurs en termes d'évaluation et de prise de décision. En particulier, elle permet de mettre en évidence un phénomène qui, a été finement observé dans certains départements : celui des signalements dits « itératifs », c'est-à-dire transmis plusieurs années de suite pour le même enfant mais n'ayant pas abouti à une décision de prise en charge alors que des inquiétudes subsistent.

2. Caractéristiques des parents

a. L'âge des parents

Dans notre étude, l'âge moyen des mères au moment de la naissance de leur enfant était de 26 ans (avec un âge minimum de 14 ans), légèrement plus bas que dans la population générale où l'âge moyen était de 30,1 ans en 2013 (30). Chez les pères, l'âge moyen au moment de la naissance de leur enfant était de 30,7 ans (avec un âge minimal à 16 ans). L'âge

moyen des mères au moment du diagnostic de maltraitance physique était de 32 ans (avec un âge minimal de 17 ans), contre 36,6 ans chez les pères (avec un âge minimal de 16 ans). 6% des mères étaient âgées de moins de 20 ans.

Le très jeune âge de la mère est incriminé dans plusieurs études comme un facteur péjoratif (31) (32). Actuellement en France, le taux de naissances issues de femmes âgées de moins de 18 ans est de 3 pour 1 000. Il y a eu une très nette diminution de ces naissances depuis les années 1970, puisqu'en 1980, on en dénombrait deux fois et demi plus qu'actuellement. Cette diminution est liée à la volonté de différer la première grossesse pour achever des études et entrer sur le marché du travail, et donc à l'usage de la contraception, ainsi qu'au recours plus facile à l'interruption volontaire de grossesse qu'il y a à quelques années. Une étude réalisée à Montréal en 2001 par Nagin et Tremblay, montrait que l'association de deux facteurs, qu'étaient la maternité précoce et le faible niveau d'éducation, engendrait une majoration du risque d'agressivité chez les enfants garçons âgés entre 6 et 15 ans (33).

b. L'importance des antécédents obstétricaux et des facteurs à risque de troubles de l'attachement

Notre étude comporte un biais de recrutement, par insuffisance de données dans les dossiers médicaux. En effet, les antécédents obstétricaux ne sont représentés que dans 26,9% des cas. L'antécédent obstétrical prédominant est la menace d'accouchement prématuré (retrouvée dans 21,7% des cas); l'hypertension artérielle gravidique est retrouvée dans 17,4% des cas, le diabète gestationnel et la perte périnatale d'un jumeau dans 13% des cas.

Concernant les événements périnataux représentant des facteurs de risque de trouble de l'attachement, nous avons mis en évidence un contexte d'accouchement dystocique dans 28,6% des cas, de souffrance fœtale dans 20% des cas, de prématurité dans 14,5% (figure 9). Ces trois éléments, étant très souvent associés, il existe un biais de mesure. Dans 14,5% des cas, il n'existait pas de projet de grossesse, représenté notamment par les cas de grossesse sous contraception. Nous avons également remarqué que 23% des mères souffraient au moins d'un antécédent psychiatrique. Seul 1% des mères de l'échantillon total ne présentait ni antécédent obstétricaux, ni antécédent psychiatrique personnel, et dont l'âge était compris entre 20 et 35 ans.

L'investissement affectif de l'enfant dès la grossesse, voire avant, et l'établissement d'un véritable lien entre le nouveau-né et ses parents dès la naissance sont les clés d'une

relation harmonieuse entre le nourrisson, puis l'enfant, et ses parents. Toutes les situations qui empêchent que le lien se noue aussi précocement que possible sont potentiellement (mais, bien sûr, non inéluctablement) délétères. Il en est ainsi de la prématurité, de toutes les causes d'hospitalisation néonatales et de la dépression du post-partum, dont la reconnaissance est essentielle pour prévenir le développement d'une relation mère-enfant pathologique pouvant aller jusqu'à la maltraitance ou jusqu'à des négligences graves. Dans l'étude de Diquelou (34) c'est la prématurité qui apparaît comme un des principaux facteurs de risque de maltraitance dans la première année de la vie, et ultérieurement (35). De nombreux facteurs, notamment maternels et socio-économiques, peuvent être impliqués dans la genèse de la prématurité. L'étude la plus intéressante est sans doute celle réalisée par Spencer et al. en Angleterre (36) qui montre par une analyse rétrospective menée sur une cohorte de naissance (120 000 enfants nés dans le West Sussex entre janvier 1983 et décembre 2001), que le petit poids de naissance et le faible âge gestationnel sont significativement associés à une probabilité élevée, pour l'enfant, d'être pris en charge par les services de protection de l'enfance, pour tous les types de maltraitance. Cette association statistique reste indépendante de l'âge de la mère et de son niveau socio-économique.

c. Les antécédents familiaux psychiatriques

Nos données mettent en évidence, **une fréquence majoritaire des antécédents psychiatriques chez les mères (35,6%) plutôt que chez les pères (25,4%).**

Chez les pères, les antécédents prédominants sont représentés par **l'éthylisme chronique (34,1%), la toxicomanie (19,5%), puis le syndrome anxio-dépressif et les troubles de la personnalité (dans 14,6% chacun). Les mères** souffrent davantage de **syndrome anxio-dépressif (23,2% des antécédents), l'éthylisme chronique représente 17,8% des antécédents et la toxicomanie 16%.**

La dépression maternelle est devenue un problème de santé publique du fait de sa fréquence de 10 à 15 % dans les diverses études de communautés, dans divers pays (Cox et Holden, 1994, 2003) (37). La dépression maternelle est un risque manifeste vis-à-vis du développement de troubles du comportement chez l'enfant. Cela peut provenir des caractéristiques de l'interaction entre la mère déprimée et son nourrisson, engendrant des conséquences à long terme sur les capacités de l'enfant à réguler son attention et ses émotions. L'étude de Hay et coll. (2003) (38) permet de répondre à ces questions. Elle concerne 122 familles à faible risque dans une communauté urbaine anglaise. Les mères furent interviewées pendant la grossesse, à 3 mois post-partum, puis quand l'enfant était âgé

de 1,4 et 11 ans. Les résultats de cette étude montrent que la violence chez l'enfant était prédite par la dépression maternelle postnatale, même lorsqu'une dépression lors de la grossesse, les épisodes ultérieurs de dépression et les caractéristiques familiales de la mère étaient prises en compte. Les enfants étaient plus violents lorsque les mères avaient été déprimées après les 3 mois de l'enfant, et au moins une fois ensuite. Ce travail tend à montrer que le chemin vers l'expression de la violence est médiatisé par les symptômes de trouble de l'attention et par les difficultés à gérer la colère, et ce même lorsque les capacités cognitives de l'enfant sont prises en compte. Les filles comme les garçons sont affectées par la dépression maternelle postnatale en ce qui concerne leur expression de la violence. L'étude de Morrel et Murray (2003) (39) utilise un modèle prospectif, avec un suivi de 2 mois à 8 ans, mais aussi avec une évaluation des capacités préfrontales chez le bébé et des symptômes de trouble du comportement et d'hyperactivité à 5 et 8 ans. Dans cette étude, la dysrégulation émotionnelle à l'âge de 9 mois s'associe de façon significative aux symptômes de trouble du comportement à la fois à 5 et 8 ans, mais pas avec l'hyperactivité à ces deux âges. Cet effet apparaît médiatisé chez les garçons par un comportement maternel hostile, alors que chez les filles, c'est un comportement coercitif qui joue ce rôle médiateur entre la dépression postnatale et le trouble ultérieur du comportement.

En 2001, Moss et coll. (40) comparent les enfants avec des troubles du comportement et dont les pères sont porteurs de troubles de la personnalité antisociale avec ou sans abus de toxiques. Les enfants dont les pères ont à la fois des dépendances aux toxiques et une personnalité antisociale montrent des taux plus élevés à la fois de troubles internalisés (du type dépression et angoisse de séparation) et de troubles dits externalisés (du type troubles des conduites et troubles de l'attention). Il existe donc un lien manifeste entre les troubles du comportement paternel et leur survenue chez les fils en particulier, mais il n'est pas vraiment clair si ce fait est dû à une transmission génétique, à l'effet de la psychopathologie des pères sur leur façon d'être avec leur fils (manque de chaleur, dureté), à leur absence, ou encore aux facteurs associés de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Carbonneau et coll. (1998) (41) montrent que les troubles du comportement étaient globalement augmentés dès l'âge de 3 à 5 ans chez les enfants de parents alcooliques comparés aux témoins, suggérant que les problèmes de comportement chez des garçons de pères alcooliques commencent tôt, et ont tendance à persister au cours du temps.

Au total, il y a peu d'arguments qui permettent de séparer les effets de la pathologie

psychiatrique parentale de ceux des attitudes des parents dans leurs soins aux enfants; mais même si ces deux éléments sont manifestement contributifs, **la pathologie psychiatrique parentale est sans doute un déterminant plus puissant des troubles du comportement chez les enfants que la qualité des soins parentaux.**

d. Les antécédents parentaux de maltraitance infantile

Notre étude met en exergue la redondance pragmatique, signifiant que le comportement humain obéit à des règles répétitives, qui ont été « programmées » au départ des expériences de l'enfance. En effet, 6% d'antécédents de maltraitance infantile sont retrouvés chez les parents, prédominant chez les mères, tout en sachant que cette donnée était manquante pour presque 90% des dossiers, nous pouvons en déduire que ce pourcentage pourrait être majoré.

Les adultes ont donc tendance à répéter, et justifier, avec leurs enfants les comportements parentaux qu'ils ont eux-mêmes vécus. Cette répétition est largement inconsciente; comme le constate Alice Miller dans *C'est pour ton bien*, lorsqu'elle décrit "l'impuissance des parents, que ni un niveau culturel élevé, ni le temps libre dont ils disposent, ne peuvent aider à comprendre leur enfant tant qu'ils sont obligés de prendre une certaine distance émotionnelle par rapport à la souffrance de leur propre enfance" (42).

Il est difficile de créer avec ses propres enfants des comportements neufs, différents des modèles éducatifs vécus, inscrits dans la mémoire. L'anamnèse des parents maltraitants met en évidence l'existence de traumatismes de la petite enfance: des séparations répétées, des deuils, une éducation rigide sans tendresse ou l'alternance d'investissement possessif avec le désintéressement (43). Nous savons que ces traumatismes ne sont pas toujours à l'origine de la répétition d'agis maltraitants surtout si ces parents ont pu être entendus et faire confiance à un tiers de leur entourage ou un thérapeute dans leur enfance. La prévention précoce des troubles de la parentalité est à privilégier au moment de la grossesse et du post-partum.

Dans cette lignée, nous retrouvons 2,5% d'antécédents de placement durant l'enfance des parents, avec cette constante majorité chez les mères, avec 93% des données non renseignées sur ce point, donc probablement un pourcentage sous-évalué.

e. L'influence de l'environnement socio-professionnel parental et des facteurs environnementaux

A propos des catégories socioprofessionnelles des parents, notre étude met en évidence **chez les pères une catégorie ouvrière majoritairement représentée (35,9%), et chez les mères il s'agit de la catégorie "sans profession" (48%)** (figures 6 et 7).

Concernant les facteurs socio-économiques, dans l'ouvrage de référence *L'enfant et sa santé* (44) il est indiqué que "les enfants détectés comme victime de mauvais traitements appartiennent à des familles que leur niveau socio-économique et leur situation familiale font classer parmi les groupes défavorisés." À cette réalité, nous pouvons fournir plusieurs explications: dans ces familles, l'insuffisance de ressources, les maladies chroniques mal soignées, les accidents invalidants, le chômage, le logement surpeuplé, le déracinement, l'isolement au sein du groupe social sont autant de circonstances de la vie qui engendrent des frustrations ou des tensions abaissant le seuil de tolérance à l'enfant. Certaines de ces familles sont caractérisées également par l'instabilité des relations conjugales avec enfants de plusieurs lits, mais la prépondérance apparente de ces familles défavorisées s'explique aussi parce qu'elles sont beaucoup plus exposées que les autres au contrôle et à la surveillance des services médico-sociaux et de la police.

Le rôle des médias, parfois véritables désinformateurs, peut également être délétère pour la vision que le public a de la maltraitance, en continuant à accréditer la théorie selon laquelle la maltraitance est un phénomène principalement lié à la précarité.

Longtemps, la Lettre de l'ODAS a insisté sur les relations existant entre précarité économique et maltraitance, ainsi que sur le rôle délétère de la "précarité relationnelle" c'est-à-dire l'isolement social (29). Dans ses publications les plus récentes, l'ODAS note que le chômage, et les difficultés financières jouent un rôle moins important qu'auparavant, à peu près à égalité avec les problèmes psychopathologiques ou les conduites addictives chez les parents.

L'analyse de la littérature internationale montre bien que le rôle des facteurs socio-économiques dans la survenue de la maltraitance est diversement apprécié, même si, pour la majorité des auteurs, les mauvais traitements surviennent électivement dans les familles pauvres. Dans ces études, la pauvreté difficile à mesurer de façon standardisée et universelle, est dénommée et définie selon divers critères (pauvreté ou précarité, exclusion, chômage).

Une autre approche consiste à analyser des facteurs connus comme étant souvent associés à la pauvreté (niveau d'études peu élevé, monoparentalité cause de faibles ressources, logements trop exigus).

C'est pour le syndrome du bébé secoué qu'existe la littérature la plus affirmative quant à l'absence de rôle de facteurs socio-économiques (43). C'est même dans le cadre de ce type de maltraitance que diverses études font mention, de parents auteurs issus de classes sociales très élevées et dotés d'un bagage éducatif de niveau supérieur. **Il paraît clair que les facteurs psycho-affectifs priment sur les facteurs socio-économiques.** L'ODAS aussi a souligné le rôle de l'immaturation des parents comme facteur de danger pour l'enfant et l'enquête conjointe ODAS/SNATEM de 1999 a montré que l'"inoccupation" des parents (chômage, inactivité par retraite ou invalidité, absence de profession) était une caractéristique importante des familles d'enfants en danger (46).

Quelques études longitudinales récentes se révèlent spécialement importantes pour la compréhension des facteurs familiaux et d'environnement qui jouent un rôle dans l'origine, le déclenchement et la persistance des troubles du comportement chez les enfants. Dans l'étude DTS de Loeber et coll. (2001) (47), la mesure de la hiérarchie familiale a révélé qu'une altération de la structure familiale semble être liée aux troubles du comportement en général, mais de façon contrastée pour chacun d'entre eux. Ainsi, les analyses vont manifestement dans le sens de patterns spécifiques de dysfonctionnements familiaux pour les enfants avec des troubles de l'attention, et qui apparaissent différents de ceux qui présentent des troubles des conduites. Le groupe des enfants avec des troubles des conduites ont des parents qui ont des niveaux de troubles plus élevés que ceux qui ont des troubles oppositionnels (40 % des enfants avec un trouble des conduites avaient un parent porteur d'un diagnostic de trouble de la personnalité antisociale, comparés à 23% des enfants avec un trouble oppositionnel, et seulement 8% dans le groupe de contrôle). Dans cette étude toujours, la persistance des troubles du comportement apparaît liée à leur intensité, au niveau intellectuel de l'enfant, au comportement antisocial des parents et au degré de surveillance exercée par les parents (Lahey et coll., 1995) (48). D'autre part, en utilisant le même échantillon, Wakschlag et coll. (1997) (49) ont montré que les mères qui avaient un enfant avant l'âge de 20 ans avaient plus de risque de troubles du comportement chez leur garçon, cela était partiellement médiatisé par l'utilisation par la mère de méthodes disciplinaires dures, par l'absence importante de contact entre l'enfant et son père biologique et par le tabagisme maternel pendant la grossesse.

Stormshak et coll. 2000, (43) confirment que chacun des troubles du comportement (oppositionnel, agressif, hyperactif) s'associe à des attitudes parentales spécifiques. Les comportements d'opposition sont, dans cette étude, particulièrement caractéristiques des parents avec un faible niveau d'investissement chaleureux vis-à-vis de leur enfant, alors que l'agression chez les enfants était liée de façon spécifique à un mode de comportement parental marqué par l'agression physique.

e.1. La violence conjugale

La violence conjugale a des conséquences graves, parfois fatales, sur les enfants qui y sont exposés et en deviennent pleinement victimes. Elle est souvent responsable d'un syndrome anxio-dépressif chez les mères. L'exposition de l'enfant à la violence conjugale fait partie de la définition de la maltraitance de l'OMS en 1997, et pourtant dans les chiffres recensés de l'ODAS sur les problématiques à l'origine du danger, les violences conjugales n'ont été recensées qu'à partir de 2006 (29). Elle est relativement fréquente (40 à 68% des enfants en sont témoins et 10% en sont victimes) (50), 42% de ces enfants ont moins de 6 ans, soit plus de 60 000 très jeunes enfants.

McGee et Wolfe, en 1991, suggèrent de considérer la nature des actes parentaux mais également leurs conséquences, non pas réelles mais potentielles. Suivant cette perspective, une conduite parentale serait psychologiquement maltraitante quand elle est de nature non physique et qu'elle est susceptible d'entraîner des conséquences négatives pour le fonctionnement psychologique de l'enfant (51).

3. Analyse des symptômes ayant permis le diagnostic de maltraitance physique

Dans deux tiers des dossiers étudiés, les symptômes ayant permis d'orienter le repérage de la maltraitance physique, étaient des symptômes psychiques, ce qui explicite un repérage compliqué et étaye la nécessité de s'appuyer sur des symptômes psychiques pour mettre en évidence une maltraitance physique lorsque nous sommes en situation de doute.

Nous retrouvons dans notre étude, conformément aux données de la littérature, **une prédominance de symptômes appartenant à la dimension comportementale** suivie par les **dimensions cognitive et anxieuse**, puis **fonctionnelle**. Les dimensions négative, thymique et

positive étaient peu représentées. Les différentes dimensions étaient souvent associées.

A partir de chaque dimension, nous avons analysé les symptômes les plus fréquemment retrouvés dans notre population. Chez les enfants âgés de moins de 12 ans, sexe indifférencié, **les troubles de la parole et du langage** ainsi que **les troubles de la concentration** traduisaient la **dimension cognitive**. Pour la **dimension fonctionnelle**, elle était représentée majoritairement par des **troubles du sommeil**. La **dimension comportementale**, **probablement la plus bruyante cliniquement, permettant d'alerter vers ce diagnostic**, se traduisait par des **conduites oppositionnelles** et **d'agitation psychomotrice**. **L'anxiété** représentait majoritairement la **dimension anxieuse**, quand la **dimension thymique** était traduite principalement par de la **tristesse et des affects dépressifs**. La **dimension négative** était représentée par des **difficultés relationnelles et timidité**, et la **dimension positive** par des **bizarries du comportement et des propos**.

Les troubles psychosomatiques prédominent chez le jeune enfant qui n'a pas encore acquis le langage. Concernant les troubles du sommeil, l'insomnie peut être une réponse du nourrisson à une hyperstimulation inadaptée des parents, par exemple: l'absence de respect de son sommeil, l'ambiance angoissante des violences conjugales. À l'inverse, l'hypersomnie du jeune enfant peut être significative d'un repli évitant les interventions agressives de l'adulte. L'énurésie et l'encopésie, persistantes chez l'enfant après 3 ans peuvent être des modes d'opposition. L'anorexie du jeune enfant peut-être une opposition et un rejet des parents. Elle a une fonction chez l'enfant au prix de la mise en danger de sa santé voire de sa vie. L'enquête de Pierre Straus (52) sur le devenir des enfants maltraités dans la petite enfance a retrouvé chez certains enfants des comportements compulsifs d'ingestion de terre, de cailloux, de chewing-gum déjà mâchés ramassés à terre (pica).

Ces manifestations d'origine carencielle précoce sont en relation avec la défaillance de la constitution du « Moi peau » décrit par Didier Anzieu (53). Normalement, l'enfant investit son corps avec ses limites et se différencie de l'autre par la relation tendre avec la mère et l'autoérotisme qu'il découvre en explorant son corps.

Quant aux troubles du comportement: l'attitude figée craintive a un caractère particulier, elle est décrite sous le terme de « vigilance gelée»; l'enfant est immobile, seuls ses yeux surveillent les gestes de l'adulte, il se raidit à son approche sans tenter de fuir. Les nourrissons qui ont subi des mauvais traitements associés à une privation sensorielle développent une symptomatologie pseudo-autistique et présentent une absence de contacts et de réactions aux stimuli sonores et visuels, le retard psychomoteur peut-être important.

L'agressivité chez l'enfant et l'adolescent est fréquente. Les interdits ne sont pas intériorisés, ils n'obéissent que devant les menaces d'abandon ou les coups. Ces enfants ont incorporé la violence parentale et attaquent sans cause apparente d'autres enfants ou détruisent les objets qui les entourent. L'agressivité semble survenir comme la décharge d'une tension interne non symbolisée provoquée parfois par des frustrations qui nous semblent mineures. L'agressivité peut aussi se manifester sur un mode passif de refus de l'autorité qui provoque la violence de l'adulte.

Concernant les troubles cognitifs, de nombreux enfants présentent des difficultés d'apprentissage, leur intelligence est axée sur le concret en particulier l'état psychique des parents. L'imaginaire violent s'appuie sur les expériences désastreuses qu'ils ont vécues, il barre l'accès à la symbolisation et nuit à l'apprentissage de l'écriture et de la lecture. Par ailleurs, l'emprise qu'ils ont subie ne leur a pas permis d'intérioriser les règles de la vie en société, les interdits ne sont pas respectés, l'attention est labile, l'instabilité psychomotrice rend difficile leur intégration en collectivité.

A propos des troubles affectifs, pour Maurice Berger (54): «plus un parent est insatisfaisant moins il est critiquable». L'idéalisation des parents permet difficilement à l'enfant d'établir des relations affectives nouvelles et sécurisantes. L'attachement et le besoin d'un contact physique sont longtemps indifférenciés. L'enfant adopte alors un comportement en «faux self», c'est-à-dire qu'il se conforme à ce qu'il pense qu'on attend de lui, sans que sa structure psychique en soit modifiée. Le syndrome d'adaptation de Roland C. Summit. (1983) (55) (Annexe 8) se présente comme l'absence de symptôme chez une population d'enfants victimes de violences infantiles. Ce syndrome d'adaptation peut comprendre un «faux self».

Une revue de diverses études portant sur les conséquences de la maltraitance physique dans l'enfance (56), a identifié 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, enfin les difficultés scolaires et professionnelles. En 2002, une autre revue (57) indiquait que tous les résultats de recherche convergent pour démontrer les effets particulièrement délétères, à court et à long terme, des négligences graves sur le développement cognitif, socio-émotionnel et comportemental, plus encore que dans les cas de mauvais traitements physiques.

Nous avons établi des profils des symptômes psychiques prédominants en fonction du sexe. **L'enfant fille** souffre de manifestations de type **retard de la parole et du langage**,

retard du développement psychomoteur, elle présente également **des troubles du sommeil, des conduites oppositionnelles, de l'anxiété et anxiété de séparation** sans toutefois présenter de refus scolaire anxieux. Au niveau de l'humeur, elle semble être exposée à de plus grandes variations de type **exaltation et/ou ralentissement psychomoteur, ainsi que des idées suicidaires**. Des comportements de type tendance à l'isolement et bizarreries du comportement semble être davantage présents les filles.

Chez les garçons, d'après les données que nous avons étudiées, nous retrouvons une prédominance **de troubles de la concentration et de l'attention, d'énurésie et encoprésie, d'hétéro-agressivité, de phobies et de refus scolaire anxieux**. Ils semblent souffrir d'**idées noires** et de **pessimisme ainsi que d'auto-dévalorisation**, et présentent des **difficultés relationnelles et timidité**, ainsi que de fabulations et imaginaire envahissant.

Le comportement de la fille est donc plus effacé, la symptomatologie est moins repérable au niveau environnemental. **Le garçon a une symptomatologie plus comportementale**, ces symptômes nous évoquent un trouble de type TDHA (Trouble et Déficit de l'Attention et Hyperactivité), ce qui amène probablement à consulter plus rapidement.

Barletto-Becker et Mac Closquey (2002) (58) ont examiné l'impact de la violence familiale sur le développement de la tension et les problèmes de comportement chez les garçons et les filles. La violence familiale était en lien avec les problèmes d'attention et de comportement, mais chez les filles uniquement. Les filles qui avaient ces difficultés dans l'enfance n'étaient pas forcément à risque pour une délinquance future. Mais la violence familiale vécue pendant l'enfance avait un effet direct sur la délinquance des filles. Là encore, les études contrôlées permettent d'indiquer l'existence possible de chemins spécifiques pour les garçons et les filles; il semble que la délinquance chez les filles requière un degré plus élevé de risques et de facteurs de risque que chez les garçons.

L'étude DTS de Loeber et coll. (2001) (47) apporte des arguments à l'idée que le trouble oppositionnel est un précurseur développemental des troubles des conduites chez le garçon.

4. Les effets psychiques et neurologique de la maltraitance

La vie relationnelle est un facteur essentiel pour l'élaboration du développement psychomoteur. Quel que soit son environnement (famille, hôpital, pouponnière), l'enfant a besoin, pour lui permettre un développement psychomoteur et psycho-affectif harmonieux, de recevoir une qualité et une continuité d'attention pour mettre en place des attachements privilégiés, c'est-à-dire des relations stables et sécurisantes. Pour autant, la famille est aussi le premier lieu dans lequel s'exercent les violences. Bien que des drames nous rappellent régulièrement que la famille n'est pas toujours un havre de protection pour les enfants, les violences au sein de la famille demeurent taboues. Ces violences sont tuées sous prétexte que les événements qui adviennent au sein de la cellule familiale relèvent de la liberté éducative ou de l'intimité à laquelle chacun a droit. La persistance des violences s'explique notamment du fait de leur invisibilité.

Le développement des fonctions cognitives va de pair avec le développement affectif de l'enfant. Plus l'enfant grandit, plus sa pensée devient abstraite et complexe et plus il est capable de comprendre et d'agir. Mais les fonctions cognitives ne sont pas seulement propres à une classe d'âge, elles diffèrent aussi d'un enfant à l'autre.

L'attachement agit sur le développement cérébral de l'enfant, ce qui va déterminer son aptitude à gérer ses pensées, ses sentiments et son comportement durant toute sa vie (59). L'absence de liens d'attachement sécurisés met en péril le développement de l'enfant. Les conséquences des violences subies durant l'enfance sur la santé des victimes sont importantes et varient suivant la fréquence et l'intensité des violences (60). Les enfants, en particuliers les plus petits, qui ont été exposés à de graves privations, négligences, abus et traumatismes peuvent présenter de nombreux problèmes de développement précoce cérébral (Perry, 2002) (61). Un stress extrême, prolongé, ininterrompu et accablant peut affecter le développement du système nerveux et immunitaire et avoir des effets toxiques. En effet, durant les premières années de vie, lorsque le cerveau se développe rapidement, il est particulièrement sensible aux influences environnementales. Le stress toxique précoce (STP) peut provoquer une hypersensibilité persistante aux stressors et une sensibilisation des circuits neuronaux et d'autres systèmes de neurotransmetteurs qui traitent les indices de danger. Ces séquelles neurobiologiques du STP peuvent favoriser le développement de problèmes de comportement et affectifs à court et à long terme. Cela augmente le risque de développer une pathologie psychiatrique à l'âge adulte (62) (4). Le stress toxique précoce peut influencer sur le volume du

cerveau. Les recherches effectuées sur des animaux révèlent que l'amygdale, le cortex préfrontal et l'hippocampe subissent une réorganisation structurelle causée par le stress, qui **modifie les réponses comportementales et les réactions physiologiques telles que l'anxiété, l'agression, la flexibilité mentale, la mémoire et d'autres processus cognitifs**. Des recherches effectuées chez des sujets humains laissent de plus en plus à penser que le stress précoce excessif ou prolongé peut altérer le volume du cerveau et avoir des conséquences mentales et physiques qui persistent jusqu'à l'âge adulte, incluant **un risque accru de dépression, d'anxiété, de trouble de stress post-traumatique, de syndrome métabolique et de maladie cardiovasculaire** (4) (63) (13) (64). Toutefois, d'après de nombreux travaux scientifiques, favoriser des relations empreintes de réconfort et d'attention dès le plus jeune âge peut prévenir ou annuler les effets dommageables du stress toxique (12) (65) (66).

Le rôle de la maturation du cerveau dans le développement comportemental permet de rattacher les changements anatomiques aux changements du comportement. Par exemple, les volumes maximaux du striatum pourraient être liés aux périodes sensibles de l'apprentissage moteur qui surviennent également au milieu de l'enfance (67). Il est tentant, avec de telles coïncidences temporelles entre la maturation du cerveau et celle du comportement, de conclure qu'il existe des rapports de cause à effet entre le développement du cerveau et celui du comportement.

Sowell et coll. (67) ont montré une association entre la maturation structurelle du lobe préfrontal et des mesures du contrôle comportemental.

Les études d'imagerie portant sur le TDAH ont régulièrement porté à croire que les changements cognitifs sont liés aux changements de volume et d'activité du cortex préfrontal en rapport avec le mauvais développement du contrôle comportemental (69).

La plasticité cérébrale est cette propriété du cerveau à se modifier et à se réorganiser en réponse à l'expérience et aux défis de l'environnement. En raison de cette plasticité cérébrale, les facteurs de risque et de protection pendant la petite enfance ont davantage d'influence sur la manière dont le cerveau fonctionnera à terme (Nowakowski & Hayes, 1999) (70).

Le traumatisme complexe (qui est un traumatisme répété durant l'enfance) va modifier la personnalité de l'enfant. Une maltraitance répétée entraîne une perturbation de la mémoire autobiographique ainsi que des problèmes mnésiques liés au traumatisme.

5. Evolution et devenir des patients

Nous avons voulu faire un état des lieux du devenir des patients à court et moyen terme. Malheureusement, en raison d'un biais de suivi, la durée et l'évolution depuis le début de la prise en charge étant souvent courts ou peu renseignées dans les dossiers étudiés, nous n'avons pu obtenir de recul suffisant quand au devenir socioprofessionnel des enfants à long terme.

Sur le point de la scolarité, nous avons mis en évidence que **la moitié des enfants maltraités physiquement suit une scolarité normale sans retard et que la seconde moitié souffre soit d'un retard scolaire soit nécessite un aménagement conséquent** (figure 4).

De plus, nous avons remarqué qu'au cours du suivi de l'enfant, dans **95,9% des cas, de nouveaux diagnostics apparaissaient, en moyenne 2,7 ans après le moment du diagnostic de maltraitance physique**. Dans 50% des cas, il apparaissait au moins trois nouveaux diagnostics au cours du suivi.

Nous avons également étudié la répartition des différentes symptomatologies qui apparaissaient au cours de l'évolution. **La répartition des différentes dimensions psychiques était semblable à celle au moment de l'établissement du diagnostic** (figure 18). **La composante comportementale était majoritairement retrouvée** (dans 39,5% des cas), suivie par la **composante anxiété** (dans 29,1% des cas), puis **cognitive** (dans 24,4% des cas), **fonctionnelle** (dans 22,1% des cas) et **thymique** dans 14% des cas. Ces données sont en corrélation avec la littérature, qui retrouve majoritairement des manifestations comportementales chez les enfants maltraités.

a. Implications sur le devenir psychosocial

Les différences de conséquences varient selon le type de maltraitance, il en a aussi été constaté selon l'âge et le sexe (71).

Dès lors, les enfants maltraités, devenus adultes, sont davantage exposés à divers troubles comportementaux, physiques ou psychiques (72).

L'OMS souligne que « la mauvaise santé résultant des mauvais traitements à l'enfant représente une part importante du fardeau mondial de la maladie. [...] Des maladies

importantes de l'adulte, comme la cardiopathie ischémique, le cancer, les affections pulmonaires chroniques, le côlon irritable et la fibromyalgie, peuvent être liées à des violences subies dans l'enfance» (4).

Une étude prospective américaine conduite par le Professeur V. FELITTI et le Docteur R. ANDA, en 1998 (73), montre que le principal déterminant de la santé à 55 ans est d'avoir subi des violences dans l'enfance. «La peur, la souffrance et le stress provoqués par les violences vont avoir des répercussions neurobiologiques et endocrinologiques, avec un impact sur les capacités de mémoire et de contrôle émotionnel des enfants, ainsi que sur la régulation de leur stress, mais également sur leurs fonctions physiologiques et sur leur développement psychomoteur » (74).

En effet, des études repèrent des symptômes traumatiques, tel que le syndrome de stress post-traumatique, ainsi que des effets psychiques à plus long terme, principalement l'anxiété, les risques dépressifs, les difficultés d'ordre sexuel et familial (75) (76).

6. Le concept de résilience

Plusieurs travaux ont montré que de nombreux enfants, pourtant élevés dans des circonstances très difficiles et périlleuses, sont devenus des adultes équilibrés et en bonne santé (Felsman & Vaillant, 1987; Werner, 1989; Masten, Best & Garmezy, 1990 (77)). Cette aptitude à se développer sainement et à surmonter les difficultés est connue sous le nom de «résilience». Même s'ils ont été confrontés à une situation extrêmement stressante, comme la violence, le deuil d'un proche ou le déplacement, les enfants résilients sont capables de puiser dans leurs ressources personnelles et dans le soutien des autres pour se sortir des difficultés et s'adapter aux nouvelles circonstances (Arntson & Knudsen, 2004) (78). Il est essentiel de comprendre que la résilience, les facteurs de risque et de protection, le bien-être psychosocial, l'attachement, les stratégies d'adaptation et tous les aspects importants du développement de l'enfant sont liés entre eux et qu'ils s'influencent mutuellement de manière variée.

7. Quels sont les outils qui permettraient d'orienter le médecin vers le diagnostic de maltraitance physique

Comme nous l'avons vu précédemment, notre étude a permis de mettre en évidence un profil de symptômes psychiques permettant d'alerter le professionnel de santé, en fonction du genre, chez les enfants âgés de moins de 12 ans.

Concernant des outils de dépistage, en France, il n'en existe pas de valide ni de signes spécifiques pouvant faire évoquer une maltraitance (79). La Haute Autorité de Santé (HAS) a formulé néanmoins des recommandations sur la maltraitance infantile, le repérage et la conduite à tenir (80).

Au niveau international, il existe des tests de dépistage de la maltraitance. Au Québec par exemple, il existe le Test de Dépistage de la Violence Parentale (TDVP), dans le cadre duquel l'enfant, à partir de 4 ans, exprime et interprète sa perception de lui-même et de ses relations avec les figures parentales dans la vie quotidienne. Les recherches réalisées jusqu'à ce jour avec le TDVP indiquent que cet instrument s'avère efficace puisqu'il permet de discriminer adéquatement les enfants victimes de mauvais traitements des enfants non maltraités (81).

De même, nous retrouvons l'existence de questionnaires plutôt rétrospectifs sur les traumatismes vécus pendant l'enfance, et à visée épidémiologique. Il y a par exemple le CTQ (Childhood Trauma Questionnaire; questionnaire développé par Bernstein et al., 1994) qui est l'instrument de dépistage le plus utilisé au niveau international pour évaluer les mauvais traitements dans l'enfance et l'adolescence (jusqu'à l'âge de 18 ans) (82) (83).

Il existe également des outils de dépistage qui visent à explorer la présence de facteurs de risque de maltraitance, comme le CAPI (Child Abuse Potential Inventory ; Milner, 1986); il constitue l'instrument le plus largement utilisé pour identifier le risque de maltraitance, il s'adresse à la mère. La littérature a identifié le CAPI comme un instrument valide pour évaluer le risque primaire de maltraitance des enfants. Des études ont indiqué que les scores CAPI sont fortement corrélés à la survenue d'abus réels (84).

La limite de ces tests est qu'ils ne prennent pas forcément en compte tous les types de maltraitance; de plus, leur réalisation demande du temps. Cependant, ces différents tests, ainsi que le profil de symptomatologie psychique que nous avons établi, peuvent constituer des outils très simple sous la forme d'aide-mémoire, pouvant servir de support pour penser plus

régulièrement au risque de maltraitance chez l'enfant notamment physique, pour sensibiliser au mieux les médecins, et les aider à y penser systématiquement. Aucune étude n'a fait la preuve de l'utilité d'un dépistage systématique à d'autres fins qu'épidémiologiques (79).

CONCLUSION

Il existe une grande frilosité vis-à-vis du thème de la maltraitance, ce qui est un phénomène malheureusement assez général dans le monde de la recherche en santé en France. Avec la maltraitance infantile, personne ne veut regarder en face, parce qu'elle touche à la nature même de ce qui nous rend humain et de ce qui fait famille: la sollicitude pour le plus faible sans que celui-ci ait à se justifier de son existence et la protection de ceux qui devront nous succéder.

Les médecins sont soignants mais également acteurs de la prévention, du repérage des enfants en danger et en risque de danger. Nous savons que les médecins sont peu formés à la reconnaissance des situations de maltraitance et à la procédure de signalements (2) (8). Or, aux premiers âges de la vie, l'enfant voit très régulièrement le médecin traitant, pour les vaccinations, le suivi de la croissance ou du développement. Le médecin est donc en première ligne pour détecter d'éventuelles violences.

Notre étude a permis de mettre en évidence, que le diagnostic de maltraitance infantile était prédominant avant un an et vers l'âge de 6 ans, quel que soit le sexe. La population d'enfants âgés de moins d'un an, ayant souffert pour la majorité de syndrome du bébé secoué. Les enfants victimes étaient majoritairement uniques du couple parental, probablement dans des contextes de familles recomposées. Le fait de présenter une pathologie somatique invalidante représente un facteur de risque de maltraitance physique, car nous notons que 37% des enfants étudiés en souffrent, notamment des pathologies chroniques telles que l'épilepsie. La maltraitance physique infantile est détectée grâce aux symptômes psychiques. Ces derniers ne sont pas suffisant pour porter le diagnostic, mais permettent de nous orienter et d'étayer un diagnostic de maltraitance physique infantile au cabinet de médecine générale. En ce sens, nous analysons l'âge de diagnostic de 6 ans, car c'est à cette période que se développent les troubles comportementaux par maturation du lobe frontal, ce dernier étant responsable de la régulation du comportement.

De même, nous avons noté un sous-diagnostic chez les filles, qui présentent des tableaux moins bruyants, atteignant les dimensions cognitives et fonctionnelles, leurs comportements étant plus effacés. Les garçons présentant une symptomatologie plus comportementale par exemple de type TDHA. Même si les troubles psychosomatiques, comportementaux, cognitifs et affectifs que présentent les enfants ne sont pas pathognomoniques de la maltraitance, ils sont des signes d'alerte possibles. Leur signification ne peut être comprise qu'en les resituant dans le contexte de la dynamique familiale en

incluant les caractéristiques de l'enfant: son âge, son histoire personnelle depuis la naissance ainsi que les troubles de la personnalité des parents.

Les données de notre étude ont également mis en évidence une proportion de familles monoparentales parmi les enfants en danger, trois fois plus importante que dans la population générale, ainsi qu'une surreprésentation dans les familles recomposées. De plus, la catégorie socioprofessionnelle "ouvrière" est majoritaire chez les pères et "sans profession" chez les mères. Mais, nous savons que la maltraitance infantile existe dans tous les milieux sociaux. D'autre part, nous avons noté dans la population étudiée, que les mères souffrent davantage d'antécédents psychiatriques à type de syndrome anxio-dépressif que les pères. Il paraît clair que les facteurs psychoaffectifs priment sur les facteurs psychosociaux.

Les facteurs de risques, qui produisent une réaction parentale violente ou inappropriée sont multiples. D'abord les facteurs socioculturels; c'est le cas des parents dont les valeurs considèrent comme acceptables la violence physique, en tant que punition. L'enfant est alors considéré comme la propriété des parents, ne disposant pas de droits individuels. Puis les caractéristiques de l'enfant ou des parents; si l'enfant est handicapé mental ou physique, ou s'il est d'un tempérament difficile. Les mauvaises conditions de vie, l'isolement, la toxicomanie, la favorisent, sans en être la seule cause (85). D'autres étapes dans la vie des familles mobilisent fortement les acteurs du soutien à la parentalité: l'entrée à l'école, l'adolescence ou encore les séparations familiales. Selon une enquête menée au printemps 2016 par la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) sur les besoins et attentes des parents en matière de soutien à la parentalité, 43 % des parents déclarent percevoir leur rôle comme «difficile». Ce taux augmente avec l'âge des enfants (il s'élève à 50 % parmi les parents qui ont un enfant de 11-14ans et de 15 ans et plus) et selon certaines configurations familiales (familles nombreuses d'au moins 4 enfants, familles monoparentales actives, familles avec un enfant en situation de handicap...).

Les fragilités des parents comme les évolutions auxquelles les familles sont confrontées et les défis auxquels elles doivent faire face, sans y avoir toujours été préparées, sont des facteurs de vulnérabilité pour l'enfant. La grossesse et l'arrivée d'un enfant sont des moments charnières qui peuvent provoquer des bouleversements dans la construction puis dans l'évolution des liens intrafamiliaux. S'adresser à toutes les familles, et considérer qu'elles ont toutes besoin d'accompagnement dans ce moment si particulier, est le meilleur

moyen d'approcher les familles les plus vulnérables et de construire avec elles des alliances solides.

Depuis le mois d'avril 2016, les familles reçoivent un livret des parents qui leur donnent des repères essentiels sur la prévention périnatale, le développement du très jeune enfant, l'éducation non violente, les droits et les responsabilités parentales, les droits de l'enfant, les lieux et sites ressources qui peuvent guider les parents dans l'exercice de leur parentalité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. 2008. [Online] Available from: www.thelancet.com.
2. La maltraitance des enfants site OMS. Aide-mémoire N°150. 2016. [Online] Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>.
3. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Parue au Journal Officiel de la République Française n°55. 6 mars 2007.
4. Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport mondial sur la violence et la santé », Sous la direction de Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio, Genève 2002.
5. Tursz A. Enfants maltraités – Les chiffres et leur base juridique en France. LAVOISIER ed.; 2008.
6. The AFCARS Report Preliminary FY 2005 Estimates as of September 2006 (13) - [afcarsreport13.pdf](https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/afcarsreport13.pdf) [Online]. Available from: <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/afcarsreport13.pdf>
7. Colbert M. Repérage de la maltraitance aux urgences pédiatriques de Bordeaux. 2009 juin 10-13. Livre des résumés. CL70. Available from: www.pediatrie2009.org.
8. Séance du 10 mars 2015 (compte rendu intégral des débats). 2017. [Online]. Available from: <https://www.senat.fr/seances/s201503/s20150310/s20150310009.html>.
9. Tursz A. Etude épidémiologique des morts suspectes de nourrissons en France: quelle part des homicides? Bull Epidemiol hebdomadaire 2008. [Online]; 2008 [cited 25/03/2016]. Available from: <http://www.invs.sante.fr/BEH>.
10. Gabel M, Lebovici S, Mazet P. Maltraitance, Répétition, Evaluation. Paris: Fleurus; 1996, p. 240-242.
11. Freud A. In: Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C. Préface L'enfant vulnérable, Paris: Presse Universitaire de France; 1982.
12. McEwen BS. Understanding the potency of stressful early life experiences on brain and body function. Metabolism. oct 2008;57(Suppl 2):S11-5.
13. Bremner JD. Traumatic stress: effects on the brain. Dialogues Clin Neurosci. déc 2006;8(4):445-61.
14. Morrell J., Murray L. (2003), Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood : A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 44, 489-508.
15. Gosset D. Maltraitance à enfants. Paris: Masson; 1997.
16. Tursz A. Les Oubliés, Enfants maltraités en France et par la France. Paris: Seuil; 2010.
17. Deschamps G, Deruelle S, Deschamps JP. Incidence des mauvais traitements chez les enfants. Evaluation et critiques des sources d'information et résultats. *Arch fr Pediatr*. 1982; 39: p. 627-631.
18. Chamagne C, Dumas M. Approche interactionniste des symptômes précurseurs de la schizophrénie : identification et comparaison de deux types de symptomatologie prodromique: Etude rétrospective de 124 cas. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_CHAMAGNE_CHARLOTTE_DUMAS_MARIE.pdf.
19. Mireille Cyr, Recueillir la parole de l'enfant témoin ou victime. De la théorie à la pratique, Paris, Dunod, coll. Enfances, 2014, 288 pages.
20. Bénézech M. Vérité et mensonges: l'évaluation de la crédibilité en psychiatrie légale et en pratique judiciaire. *Annales médicopsychologiques*. 2007; 165: p. 351-364.
21. Société Francophone de Médecine d'Urgence, conférence de consensus Maltraitance/dépistage conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Nantes. 3 Décembre 2004. [Cited 07/02/2017].

22. Huong Thanh Nguyen, Michael P Dunne & Anh Vu Le. Maltraitance infantile multiple et santé mentale de l'adolescent au Viet Nam. [Online]. [cited 09/08/2016]. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-060061-ab/fr/>.
23. Weinberg M. K., Tronick E.Z., Cohn J.F., Olson K.L. (1999), Gender differences in emotional expressivity and self regulation during infancy, *Dev. Psychopathol.*, 35, 175-188.
24. « Favoriser l'estime de soi chez les tout-petits ». revue La santé de l'homme n°361 intitulée « Education pour la santé et petite enfance ». Octobre 2002.
25. [Online]. Available from: http://odas.net/IMG/pdf/200412_lettreEnfance_Dec04.pdf. ; [cited 02/05/2017].
26. Farrington D.P. (1995), The development of offending and antisocial behavior from birth to childhood : Key findings from the Cambridge study in delinquent development, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 36, 929-964.
27. [Online]. Available from: http://benhur.telug.quebec.ca/SPIP/filigrane/squelettes/docs/no4_automne/G_mBoucebc.pdf. [cited 15/05/2017].
28. Gayet D. (1993). Les relations fraternelles. Approches psychologiques et anthropologiques des fratries, Neuchâtel-Paris, Delachaux & Niestlé.
29. La Lettre de L'ODAS, novembre 2007, Protection de l'enfance : Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. [cited 07/02/2017] [Online]. Available from: http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf.
30. Union Nationale des Associations Familiales. 2013. [Online] Available from: <http://www.unaf.fr/spip.php?article17048>. [cited 27/08/2017].
31. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, et al. Risk factors for infant homicide in the United States. *New Engl J med.* 1998; 339: p. 1211-1216. Diquelou JY. Op. cit. 1996.
32. Gutierrez FL, Clements PT, Averill J. Op. cit. 2004.
33. Nagin D. S., Tremblay R.E. (2001), Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school. *Arch. Gen. Psychiatry*, 58, 389-394.
34. Diquelou JY; facteurs de risque de mauvais traitement à enfant pendant la période périnatale. Approche préventive en milieu obstétrical. Rôle d'un indice de risque de maltraitance. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1996; 25: 809-818.
35. Jain A, Khoshnood B, Lee KS, Concato J. Injury related infant death: the impact of race and birth weight. *Inj Prev* 2001; 7: 135-140.
36. Spencer N, Wallace A, Sundrum R, Bacchus C, Logan S. Child abuse registration, foetal growth, and preterm birth: a population based study. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 337-340.
37. Cox J., Holden J. (1994), *Perinatal Psychiatry, use and Misuse of the Edinburgh Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Gaskell, London, Second edition, 2003.
38. Hay D. F., Pawlby S., Angold A., Harold G.T., Sharps D. (2003), Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum, *Dev. Psychol.*, 39, 1083-1094.
39. Morrell J., Murray L. (2003), Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood : A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 44, 489-508.
40. Moss H. B., Baron D. A., Hardie T. L., Vanyukov M.M. (2001), Preadolescent children of substance-dependent fathers with antisocial personality disorder : Psychiatric disorders and problem behaviors, *Am. J. Addict*, 10, 269-278.
41. Carbonneau R., Tremblay R. E., Vitaro F., Dobkin P.L., Saucier J. F., Pihl R. O. (1998), Paternal alcoholism, paternal absence and the development of problem behaviours in boys from age six to twelve years. *J. Stud. Alcohol*, 59, 387-398.

42. Miller A. C'est pour ton bien; Op. cit. 1984 (rééd. 2015) 373p.
43. Stormshak E. A., Bierman K. L., McMahon R. J., Lengua L.J. (2000), Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. Conduct Problems Prevention Research Group, *J. Clin. Child Psychol.*, 29, 17-29.
44. Manciaux M, Lebovici S. Jeanneret O, Sand AE, Tomkiewicz S. L'enfant et sa santé. Aspects épidémiologiques, biologiques, psychologiques, et sociaux. Paris: Doin; 1987.
45. Mignot C. Le syndrome du bébé secoué. *Arch Pediatr* 2001; 8 Suppl 2:429s-430s.
46. [Online]. Available from: http://odas.net/IMG/pdf/200412_lettreEnfance_Dec04.pdf ; [cited 02/05/2017].
47. Loeber R., Farrington D.P., Stouthamer-Loeber M., Moffitt T.E., Caspi A., Lynam D. (2001), Male mental health problems, psychopathy and personality traits : Key findings from the first 14 years of the Pittsburgh Youth Study, *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, 4, 273-297.
48. Lahey B. B., Loeber R., Hart E. L., Frick P. J., Applegate B. et coll. (1995), Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys : Patterns and predictors of persistence. *J. Abnorm Psychol.*, 104, 83-93.
49. Wakschlag L. S., Lahey B. B., Loeber R., Greensm, Gordon R. A., Leventhal B. L. (1997), Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys, *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 670-676.
50. Vanhalewyn M., Roland M., Kacenenbogen N., et al. Société scientifique de médecine générale. De la RBP à la pratique de 1ère ligne: la détection des violences conjugales. Bruxelles.
51. Malo C., Institut de recherche pour le développement social des jeunes, École de service social de l'Université de Montréal et GRAVE-ARDEC. Les mauvais traitements psychologiques envers les enfants: controverses et défis actuels pour la recherche et la pratique.
52. Straus P, Manciaux M, et al. L'enfant maltraité. Paris: Fleurus, 1982.
53. Anzieu D. Le moi peau. Nouvelle revue de psychanalyse. Paris: Gallimard, 1974; 9.
54. Berger M. L'enfant et la souffrance de la séparation. Paris: Dunod; 1997.
55. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Negl.* 1983;7(2):177-93.
56. Malinosky-rummel R, hansen DJ. Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull* 1993; 114: 68-79.
57. Hildyard K.L., Wolfe D.A. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 679-695.
58. Barletto Becker, K. ; Mc Closkey, L.A. 2002. « Attention and conduct problems in children exposed to family violence », *American Journal of Orthopsychiatry*, n° 72, p. 83-91.
59. Child Development, Third Edition: A Practitioner's Guide - Douglas Davies - Google Livres [Internet]. Available from: [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=Nj0UdLc1A3sC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Davies+D.+Child+Development:+A+practitioner%E2%80%99s+guide.+The+Guilford+Press.+2004\).&ots=KhyaUMbYuQ&sig=6q4MNI-NsR-xqUiP6hDnx14IxH8#v=onepage&q=Davies%20D.%20Child%20Development%3A%20A%20practitioner%E2%80%99s%20guide.%20The%20Guilford%20Press.%202004\).&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=Nj0UdLc1A3sC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Davies+D.+Child+Development:+A+practitioner%E2%80%99s+guide.+The+Guilford+Press.+2004).&ots=KhyaUMbYuQ&sig=6q4MNI-NsR-xqUiP6hDnx14IxH8#v=onepage&q=Davies%20D.%20Child%20Development%3A%20A%20practitioner%E2%80%99s%20guide.%20The%20Guilford%20Press.%202004).&f=false)
60. Cerveau: stress et développement précoce du cerveau Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [cited 04/04/2017]. [Online]. Available from: <http://www.enfant-encyclopedie.com/cerveau/selon-experts/stress-et-developpement-precoce-du-cerveau>.
61. Perry BD. Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind*. 2002; 3: p. 79-100.

62. Heim C, Nemeroff C. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*. 2001; 49(2): p. 1023-1039.
63. Heim C, Owen MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of early adverse life events in the etiology of depression and posttraumatic stress disorder: Focus on corticotropin-releasing factor. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997; 821: 194-207.
64. Yehuda R, Halligan SL, Grossman R. Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Developmental Psychopathology*. 2001; 13(3): 733–753.
65. Gunnar MR. Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*. 1998; 27(2): p. 208-211.
66. Gunnar MR, Larson M, Hertsgaard L, Harris M, Brodersen L. The stressfulness of separation among 9-month-old infants: effects of social context variables and infant temperament. *Child Development*. 1992; 63(2): 290–303.
67. Lenroot R, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2006; 30(6): 718-729.
68. Sowell ER, Delis D, Stiles J, Jernigan TL. Improved memory functioning and frontal lobe maturation between childhood and adolescence: a structural MRI study. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2001; 7(3): 312-322.
69. Durston S. Converging methods in studying attention-deficit/hyperactivity disorder: what can we learn from neuroimaging and genetics? *Development and Psychopathology* 2008; 20(4): 1133-1143.
70. Nowakowski R. S., & Hayes, N.L. (1999). CNS development: An overview. *Development and Psychopathology*, 11, 395-417.
71. Silverman AB, Reinhertz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse Negl*. 1996; 20: 709-723.
72. Min MO1, Minnes S, Kim H, Singer LT. Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse Negl*. 2013 Jun; 37(6): 361-373.
73. Felitti VJ; Anda RF; Nordenberg D; Williamson DF; Spitz A M; Edwards V; Koss MP; Marks JS, "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". *American Journal of Preventative Medicine*, 1998.
74. Salmona M. Châtiments corporels et violences éducatives, Dunod. 2016
75. Conférence de consensus sur «Les conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir». 7ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Novembre 2003.
76. Mason SM1, MacLehose RF2, Katz-Wise SL3, Austin SB4, Neumark-Sztainer D2, Harlow BL2, Rich-Edwards JW5. Childhood abuse victimization, stress-related eating, and weight status in young women. [Cited 09/08/2016.]
77. Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
78. Arntson L, Knudsen C. Psychosocial Care and Protection of Children in Emergencies: A Field Guide. Save the Children Federation. 2004.
79. Société Francophone de Médecine d'Urgence, conférence de consensus Maltraitance / dépistage conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles). Nantes. 3 Décembre 2004.

80. Recommandation de la Haute Autorité de Santé. Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir . 2014. [cited 29/08/2017]. [Online]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir.
81. Beaumier M. *Contribution à un meilleur dépistage des enfants maltraités à l'aide de deux instruments de mesure : CAP et TDVP*. Mémoire présenté à l'université du Québec à Trois-Rivières, comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie. Université du Québec, septembre 1998, 88 f.
82. Hauser W, Schmutzer G, Brahler E, et al. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. 2011 Apr; 108(17): 287-294. Epub 2011 Apr 29.
83. Paquette D., Laporte L., Bigras M., et al. Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec*, printemps 2004, volume 29, numéro 1, p. 201- ISSN: 0383-6320 (imprimé) 1708-3923 (numérique).
84. Begle AM, Dumas JE, Hanson RF., et al. Predicting child abuse potential: an empirical investigation of two theoretical frameworks. *Child Adolesc Psychol*, 2010; 39(2): 208-219.
85. Anthony EJ, Chiland C, Koupernik C. L'enfant vulnérable. Paris: PUF; 1982.
86. [Online]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86236/1/WHO_RHR_12.37_fre.pdf. [cited 22/05/2017].

ANNEXES

Annexe 1: Définition de la maltraitance infantile

La maltraitance chronique grave est définie par la présence de lésions multiples et d'âges différents. La maltraitance englobe toutes les formes de violence et de mauvais traitements (physiques, psychologiques, affectifs ou sexuels). Nous distinguons quatre formes de maltraitance : les violences physiques, les violences sexuelles, les violences psychologiques et les négligences lourdes.

Les violences physiques sont exercées lorsque l'enfant est victime de sévices physiques, d'actes de torture et de barbarie... Elle est celle que l'on découvre le plus rapidement, étant quelque fois apparente sur le corps même de l'enfant. La gravité des lésions physiques ne dépend pas que de la violence des coups portés mais aussi de l'âge de l'enfant. Les conséquences physiques sont : des ecchymoses, des écorchures, des fractures, des retards du développement...et au pire la mort de l'enfant.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit **la violence sexuelle** comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaires ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (86). En général, nous estimons qu'il s'agit d'une agression sexuelle sur enfant quel que soit le comportement ou l'affect éprouvé du mineur de 15 ans ; quand l'enfant est confronté à une situation sexuelle inappropriée à son âge civil, à son niveau de maturation psychique, à son degré psychosocial et physique de développement, mais également quand un adulte, mais aussi un mineur, a recours aux menaces, à la force, à l'autorité pour contraindre un enfant à une activité sexuelle.

Les violences psychologiques sont exercées lorsque le mineur est soumis à des violences verbales, telles que les insultes, les menaces, les terreurs, les humiliations... ou encore l'absence totale de lien affectif ou de parole. C'est la forme de maltraitance est la plus difficile à détecter, alors que le retentissement sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être aussi grave que les conséquences de violences physiques. Cette forme de violence est le plus souvent associée aux autres formes de maltraitements. Une violence physique va entraîner une terreur psychologique et une peur des coups. D'autant plus que la plupart des

actes physiques violents sont accompagnés d'insultes, d'humiliations... La conséquence psychologique chez les enfant fréquemment ou gravement maltraités, est le syndrome de stress post-traumatique. Ce trouble comprend une anxiété très élevée, des souvenirs récurrents des épisodes de mauvais traitement, des cauchemars et des troubles du sommeil.

La négligence est une forme de maltraitance passive, par omission répétée de pourvoir aux besoins physiques (nourriture, hygiène, santé...) et psychologiques (affection, attention, stimulation...) de l'enfant. Dans les cas graves, le phénomène de négligence peut entraîner une mort par sous-alimentation ou par infections.

Annexe 2: Grille de recueil

Données démographiques au moment du diagnostic

- Date de naissance :
- Sexe :
- Rang dans la fratrie : Unique/ aîné/ cadet/ médian/ benjamin/ jumeau
- Scolarisation : Scolarité normale sans retard scolaire/ Scolarité normale avec retard scolaire/ Classe spécialisée (C.L.I.S; U.L.I.S)/ Etablissement spécialisé (I.T.E.P ou I.M.E)/ Déscolarisation avant 12 ans (absentéisme scolaire prolongé)
- Facteurs environnementaux : 63.8 communication inadéquate, réaction émotionnelle vive, discorde familiale/ 61.1 départ du foyer pendant l'enfance : adoption/abandon / 63.5 dislocation familiale par séparation, divorce / 61.4 et 61.5 possibles sévices sexuels/ ☐ Z62.2 éducation dans une institution / 62.4 négligence affective, manque d'empathie, froideur
- Antécédents obstétricaux :
- Conditions de naissance:
- Antécédents familiaux psychiatriques: Père / Mère / Frère/ Soeur / Cousin / ...
- Antécédents somatiques:

Prise en charge thérapeutique

- Age du 1er contact avec la pédopsychiatrie (libérale ou publique) : ans / mois
 - Age de début du suivi en psychiatrie publique : ans / mois (selon les critères d'inclusion de l'étude)
- DATE du DIAGNOSTIC:

AGE de l'ENFANT AU MOMENT DU DIAGNOSTIC:

- Prise en charge ambulatoire, précisez :

☐ Absence

☐ Orthophoniste

☐ Psychomotricité

☐ Psychologue

☐ Infirmière

☐ Educateur

☐ Psychiatre/pédopsychiatre

- Prescription de psychotrope antérieure:

- Diagnostics (selon la C.I.M 10) associés au moment du diagnostic:

- Diagnostics (selon la C.I.M 10) antérieurs au moment du diagnostic:

- Diagnostics (selon la C.I.M 10) postérieurs au diagnostic (évolution):

- Signalement (précisez si multiple):

- Placement:

- Caractéristiques des parents: âge et profession:

* père: né en ..; âge du père au moment du diagnostic de l'enfant; , profession:

* mère: née en ..., âge de la mère au moment du diagnostic de l'enfant; ; profession:

- Evolution:

Grille de recueil des symptômes qui ont conduit au diagnostic : recueil des symptômes jusqu'à 11 ans et 364 jours

Symptômes cognitifs:

Troubles de l'attention, de la concentration

Retard du développement psychomoteur

Troubles et retard de parole / langage

Immaturité psycho-affective, enfant immature

Symptômes fonctionnels:

Troubles alimentaires

Troubles du sommeil

Enurésie

Encoprésie

Symptômes comportementaux:

Comportements auto-agressifs
Conduites oppositionnelles
Comportement hétéroagressif
Agitation psychomotrice

Symptômes d'anxiété:

Anxiété/anxiété de séparation
Eléments du registre obsessionnel : vérifications, compulsions
Manifestations psychosomatiques
Phobies
Refus scolaire anxieux

Symptômes thymiques:

Tristesse, affects dépressifs
Auto-dévalorisation
Idées noires, pessimisme
Exaltation de l'humeur
Ralentissement psychomoteur
Idées suicidaires

Symptômes négatifs:

Retrait, tendance à l'isolement
Difficultés relationnelles (inhibition), timidité

Symptômes positifs:

Bizarreries du comportement/des propos
Fabulations / imaginaire envahissant
Idéation délirante

Annexe 3: Correspondances entre catégories socioprofessionnelles et groupes socioprofessionnels

Groupes socioprofessionnels	Catégories socioprofessionnelles
1: Agriculteurs exploitants	Agriculteurs
2: Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Artisan
	Commerçant et assimilés
	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3: Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions libérales
	Cadres de la fonction publique
	Professeurs, professions scientifiques
	Professions de l'information, des arts et des spectacles
	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4: Professions intermédiaires	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
	Clergé, religieux
	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	Techniciens
5: Employés	Contremaîtres, agents de maîtrise
	Employés civils et agents de service de la fonction publique
	Policiers et militaires
	Employés administratifs d'entreprise
	Employés de commerce
6: Ouvriers	Personnels des services directs aux particuliers
	Ouvriers qualifiés de type industriel
	Ouvriers qualifiés de type artisanal
	Chauffeurs
	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	Ouvriers non qualifiés de type industriel
	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
7: Autres personnes sans activité professionnelle	Ouvriers agricoles
	Chômeurs
	Élèves, étudiants
	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)

Annexe 4: Antécédent somatique de Syndrome du Bébé Secoué

	Filles	Garçons	Total
SBS	4	9	13
%	30,7	69,2	

Annexe 5: Tableaux des résultats

Tableau 1:

Sexe des enfants étudiés N=200	nombres absolus	pourcentages
Fille	79	39,5%
Garçon	121	60,5%

Tableau 2:

		FILLES N = 79		GARCONS N = 121		INDIFFERENCIE N = 200	
MOYENNE AGE		5,65 ans		6,58 ans		6,21 ans	
		nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Rang dans la fratrie	Unique	24	30,4%	35	28,9%	59	29,5%
	Ainé	9	11,4%	34	28,1%	43	21,5%
	Cadet	14	17,7%	9	7,4%	23	11,5%
	Médian	12	15,2%	11	9,1%	23	11,5%
	Benjamin	13	16,5%	18	14,9%	31	15,5%
	Jumeau	4	5,1%	5	4,1%	9	4,5%
	Non renseigné	3	3,8%	9	7,4%	12	6%
Scolarité	Normale	44	55,7%	57	47,1%	101	50,5%
	Retard scolaire	0	0%	3	2,5%	3	1,5%
	Classe spécialisé	5	6,3%	9	7,4%	14	7%
	Etablissement spécialisé	2	2,5%	18	14,9%	20	10%
	Déscolarisé	1	1,3%	3	2,5%	4	2%
	Non renseigné	27	34,2%	31	25,6%	58	29%

Tableau 3:

Antécédents personnels	OUI		NON		Non renseigné	
	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Psychiatrique N = 181	42	23,2%	139	76,8%	19	9,5%
Somatique N = 184	68	37,0%	116	63,0%	16	8%

Tableau 4:

Antécédents personnels en fonction du sexe :	antécédent psychiatrique		antécédent somatique	
	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Filles N = 79	11	13,9	26	32,9
Garçons N = 121	31	25,6	42	34,7

Tableau 5:

Parmi les antécédents somatiques N = 184	Sexe confondu	
	nombres absolus	pourcentages
Syndrome du bébé secoué	13	7%
Syndrome de Münchhausen	2	1%
Epilepsie	7	3,8%

Tableau 6:

	Filles		Garçons	
	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Syndrome du bébé secoué N = 13	4	30,8%	9	69,2%
Syndrome de Münchhausen N = 2	2	100%	0	0%
Epilepsie N = 7	3	42,9%	4	57,1%

Tableau 7:

Prescription de psychotropes antérieure N=151	nombres absolus	pourcentages
OUI	14	9,3%
NON	137	90,7%

Tableau 8:

Signalement des enfants N = 134	Sexe confondu	
	nombres absolus	nombres absolus
OUI	104	77,6%
NON	30	22,4%

Tableau 9:

Signalement des enfants	Filles		Garçons		< ou = à 6 ans
	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages	
OUI N = 104	41	39,4%	63	60,6%	56
NON N = 30	13	43,3%	17	56,7%	

Tableau 10:

Placement des enfants N = 166	Sexe confondu	
	nombres absolus	nombres absolus
OUI	61	36,7%
NON	105	63,3%

Tableau 11:

Placement des enfants N=166	Filles		Garçons	
	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
OUI N = 61	26	42,6%	35	57,4%
NON N = 105	51	48,6%	54	51,4%

Groupes socioprofessionnels des parents:

Tableau 12:

Groupes socioprofessionnels des Pères N = 114	nombres absolus	pourcentages
Ouvriers	41	35,9%
Employés	26	22,8%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	12	10,5%
Autres personnes sans activité professionnelle	15	13,2%
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	10	8,8%
Professions intermédiaires	10	8,8%
Agriculteurs	0	0,0%

Tableau 13:

Groupes socioprofessionnels des Mères N = 129	nombres absolus	pourcentages
Autres personnes sans activité professionnelle	62	48,1%
Employés	24	18,6%
Professions intermédiaires	19	14,7%
Ouvriers	11	8,5%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	9	7,0%
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	4	3,1%
Agriculteurs	0	0,0%

Tableau 14:

Groupes socioprofessionnels des Parents confondus N = 243	nombres absolus	pourcentages
Agriculteurs	0	0,0%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21	8,6%
Cadres et professions intellectuelles supérieurs	14	5,8%
Professions intermédiaires	29	11,9%
Employés	50	20,6%
Ouvriers	52	21,4%
Autres personnes sans activité professionnelle	77	31,7%

Tableau 15:

Antécédents obstétricaux N = 200	nombres absolus	pourcentages
Nombres de dossiers renseignés	78	39 %
Absence de renseignement	122	61%

Tableau 16:

Antécédents obstétricaux N = 78	nombres absolus	pourcentages
NON	57	73,1%
OUI	21	26,9%

Tableau 17:

Antécédents obstétricaux à risques de troubles de l'attachement N = 23	nombres absolus	pourcentages
Menace d'accouchement prématurée	5	21,7%
HTA gravidique	4	17,4%
Diabète gestationnel	3	13,0%
Perte périnatale d'un jumeau	3	13,0%
Infection maternofoetale	2	8,7%
Difficultés de procréation avec recourt à la procréation médicalement assistée	2	8,7%
Hémorragies dont hémorragie de la délivrance	2	8,7%
Addictions : consommation de toxique pendant la grossesse	2	8,7%

Tableau 18:

Conditions de naissance et facteurs de risque de trouble de l'attachement N=55	nombres absolus	pourcentages
Prématurité	8	14,5%
Souffrance fœtale	11	20,0%
Absence de projet de grossesse	8	14,5%
Accouchements dystociques et césariennes	13	23,6%
Antécédent de deuil périnatal	4	7,3%
Adoption	2	3,6%
Violences conjugales durant la grossesse	5	9,1%
Grossesses multiples	4	7,3%

Tableau 19:

Autres facteurs de risque de troubles de l'attachement N= 200	nombres absolus	pourcentages
Antécédents psychiatriques	46	23%
Age maternel < 20 ans	12	6,0%
Age maternel > 35 ans	9	4,5%
Primiparité	Non renseignée	
Mère célibataire	Non renseigné	

Tableau 20:

Antécédent psychiatrique chez les pères N=200	nombres absolus	pourcentages
Donnée non renseignée	75	37,5%
Donnée renseignée	125	62,5%

Tableau 21:

Présence ou absence d'antécédent psychiatrique chez les pères N=125	nombres absolus	pourcentages
Absence d'antécédent psychiatrique	92	73,6%
Présence d'antécédent psychiatrique	34	25,4%

Tableau 22:

Antécédents psychiatriques des pères N= 41	nombres absolus	pourcentages
Syndrome anxiodépressif	6	14,6%
Ethylisme chronique	14	34,1%
Toxicomanie	8	19,5%
Diagnostic aspécifique de "troubles du comportement"	1	2,4%
Tentative de suicide	3	7,3%
Déficiences	2	4,9%
Psychose	1	2,4%
Trouble de la personnalité	6	14,6%

Tableau 23:

Antécédents psychiatriques chez les mères N=200	nombres absolus	pourcentages
Donnée non renseignée	68	34,0%
Donnée renseignée	132	66,0%

Tableau 24:

Présence ou absence d'antécédent psychiatrique chez les mères N= 132	nombres absolus	pourcentages
Absence d'antécédent psychiatrique	85	64,4%
Présence d'antécédent psychiatrique	47	35,6%

Tableau 25:

Antécédents psychiatriques des mères N=56	nombres absolus	pourcentages
Syndrome anxiodépressif	13	23,2%
Dépression gravidique	3	5,4%
Dépression du post-partum	3	5,4%
Ethylisme chronique	10	17,9%
Toxicomanie	9	16,1%
Diagnostic aspécifique de "troubles du comportement"	2	3,6%
Tentative de suicide	4	7,1%
Déficiences	3	5,4%
Psychose	3	5,4%
Trouble du comportement alimentaire	2	3,6%
Trouble de la personnalité	2	3,6%
Décès par suicide	1	1,8%
Bipolaire	1	1,8%

Tableau 26:

Antécédent psychiatrique dans la famille élargie N=200	nombres absolus	pourcentages
Donnée non renseignée	70	35,0%
Donnée renseignée	130	65,0%

Tableau 27:

Présence ou absence d'antécédent psychiatrique dans la famille élargie N= 130	nombres absolus	pourcentages
Absence d'antécédent psychiatrique	103	79,2%
Présence d'antécédent psychiatrique	27	20,8%

Tableau 28:

Antécédents psychiatriques au niveau familial élargi N= 31	nombres absolus	pourcentages
Syndrome anxiodépressif	4	12,9%
Ethylisme chronique	5	16,1%
Toxicomanie	3	9,7%
Diagnostic aspécifique de "troubles du comportement"	7	22,6%
Tentative de suicide	1	3,2%
Déficiences	2	6,5%
Psychose	2	6,5%
Autisme	2	6,5%
Retard du développement psychomoteur	5	16,1%

Tableau 29:

Antécédents de maltraitance infantile chez les parents: N= 200	nombres absolus	pourcentage
OUI	12	6,0%
NON	9	4,5%
Non renseigné	179	89,5%

Tableau 30:

Antécédents de placement durant l'enfance des parents: N= 200	nombres absolus	pourcentage
OUI	5	2,5%
NON	9	4,5%
Non renseigné	186	93,0%

Tableau 31:

Présence de facteurs environnementaux N= 269	nombres absolus	pourcentages
Z 63.8	30	11,2%
Z 61.1	39	14,5%
Z 63.5	133	49,4%
Z 61.4 et 61.5	7	2,6%
Z 62.2	16	5,9%
Z 62.4	44	16,4%

Tableau 32:

Présence de facteurs environnementaux N=181	nombres absolus	pourcentages
Association d'au moins 3 facteurs environnementaux :	25	13,80%
Absence de facteur environnemental	11	6,1%
1 seul facteur	95	52,5%
2 facteurs	50	27,6%
3 facteurs	17	9,4%
4 facteurs	6	3,3%
5 facteurs	1	0,6%
6 facteurs	1	0,6%

Tableau 33:

Mode de prise en charge: N= 503	nombres absolus	pourcentage
Absence	1	0,5%
Orthophoniste	53	10,6%
Psychomotricien	33	6,6%
Psychologue	120	23,9%
Infirmière	71	14,1%
Educateur	60	12,0%
Pédopsychiatre	165	32,9%

Tableau 34:

Total des réponses concernant le mode de prise en charge N= 197	nombres absolus	pourcentage
Au moins 3 soignants	93	47,2%

Diagnostics concomitants au diagnostic de maltraitance physique:

Tableau 35:

N=200	nombres absolus	pourcentages
Nombre d'enfants avec au moins un diagnostic associé au diagnostic Z 61.6	162	81,0%
Diagnostic Z 61.6 isolé	38	19,0%

Tableau 36:

Répartition du nombre de diagnostics concomitants au diagnostic Z 61.6. N= 162	nombres absolus	pourcentages
au moins 3 diagnostics associés à Z 61.6	88	54,3%
2 diagnostics associé à Z 61.6	32	19,8%
1 seul diagnostic associé à Z 61.6	42	25,9%

Diagnostics antérieurs au diagnostic de maltraitance physique:

Tableau 37:

N=153	nombres absolus	pourcentages
absence de diagnostic antérieur	130	85,0%
Nombre d'enfants avec au moins un diagnostic associé	23	15,0%

Tableau 38:

Répartition des diagnostics antérieurs au diagnostic Z 61.6 N=23	nombres absolus	pourcentages
Un diagnostic antérieur	8	34,8%
Deux diagnostics antérieurs	4	17,4%
Au moins trois diagnostics associés antérieurs	11	47,8%

Diagnostics apparus au cours du suivi pédopsychiatrique:

Tableau 39:

Diagnostics apparus au cours du suivi pédopsychiatrique, N=200	nombres absolus	pourcentages
Absence de réponse	151	75,5%
Dossiers renseignant cette notion	49	24,5%

Tableau 40:

Diagnostics apparus au cours du suivi pédopsychiatrique N=49	nombres absolus	pourcentages
OUI	47	95,9%
NON	2	4,1%

Tableau 41:

Répartition du nombre de diagnostics au cours du suivi N= 47	nombres absolus	pourcentages
1 diagnostic	12	25,5%
2 diagnostics associés	8	17,0%
3 diagnostics associés	27	57,4%

Tableau 42:

Symptômes ayant conduit au diagnostic Z 61.6:		
N = 200	nombres absolus	pourcentages
Psychiques tout confondus	134	67,0%
Physiques	18	9,0%
Absence de symptôme	7	3,5%
Non renseigné	41	20,5%

Tableau 43:

Parmi les dimensions psychiques N = 312	nombres absolus	pourcentages par dimension	pourcentage par cas, sachant que N=134
Cognitifs	60	19,2%	44,8%
Fonctionnels	55	17,6%	41,0%
Comportementaux	69	22,1%	51,5%
Anxiété	60	19,2%	44,8%
Thymiques	24	7,7%	17,9%
Négatifs	37	11,9%	27,6%
Positifs	7	2,2%	5,2%

Les différentes dimensions:

Tableau 44:

Dimension Cognitive N = 60	nombres absolus	pourcentages
Troubles de l'attention	17	28,3%
Troubles de la concentration	25	41,6%
Retard du développement psychomoteur	19	31,6%
Troubles et retard parole et langage	31	51,6%
Immaturité psychoaffective	8	13,3%

Tableau 45:

Dimension Cognitive:	Filles N = 27		Garçons N = 73	
	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Troubles de l'attention	1	3,7%	16	21,9%
Troubles de la concentration	2	7,4%	23	31,5%
Retard du développement psychomoteur	9	33,3%	10	13,7%
Troubles et retard parole et langage	11	40,7%	20	27,4%
Immaturité psychoaffective	4	14,8%	4	5,5%

Tableau 46:

Dans la dimension Fonctionnelle N = 55	nombres absolus	pourcentages
Troubles alimentaires	13	23,6%
Troubles sommeil	40	72,7%
Enurésie	14	25,4%
Encoprésie	8	14,5%

Tableau 47:

Dans la dimension Fonctionnelle:	Filles N = 30		Garçons N = 45	
	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Troubles alimentaires	5	16,7%	8	17,8%
Troubles sommeil	19	63,3%	21	46,7%
Enurésie	4	13,3%	10	22,2%
Encoprésie	2	6,7%	6	13,3%

Tableau 48:

Dans la dimension comportementale N = 69	nombres absolus	pourcentages
Comportement auto-agressif	7	10,1%
Conduites oppositionnelles	37	53,6%
Comportement hétéro-agressif	19	27,5%
Agitation psychomotrice	35	50,7%

Tableau 49:

Dans la dimension comportementale:	Filles N = 27		Garçons N = 71	
	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Comportement auto-agressif	2	7,4%	5	7,0%
Conduites oppositionnelles	13	48,1%	24	33,8%
Comportement hétéro-agressif	3	11,1%	16	22,5%
Agitation psychomotrice	9	33,3%	26	36,6%

Tableau 50:

Dans la dimension anxieuse: N=60	nombres absolus	pourcentages
Anxiété	51	85%
Anxiété de séparation	15	25%
Registre obsessionnelle	2	3%
Manifestations psychosomatiques	3	5%
Phobies	9	15%
Refus scolaire anxieux	3	5%

Tableau 51:

	Filles N = 29		Garçons N= 54	
Dans la dimension anxieuse:	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Anxiété	20	69,0%	31	57,4%
Anxiété de séparation	6	20,7%	9	16,7%
Registre obsessionnelle	0	0,0%	2	3,7%
Manifestations psychosomatiques	1	3,4%	2	3,7%
Phobies	2	6,9%	7	13,0%
Refus scolaire anxieux	0	0,0%	3	5,6%

Tableau 52:

Dans la dimension thymique: N=24	nombres absolus	pourcentages
Tristesse, affects dépressifs	20	83,3%
Auto-dévalorisation	4	16,6%
Idées noires, pessimisme	3	12,5%
Exaltation humeur	1	4,1%
Ralentissement PM	1	4,1%
Idées suicidaires	2	8,3%

Tableau 53:

	Filles N = 11		Garçons N = 20	
Dans la dimension thymique:	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Tristesse, affects dépressifs	7	63,6%	13	65,0%
Auto-dévalorisation	1	9,1%	3	15,0%
Idées noires, pessimisme	0	0,0%	3	15,0%
Exaltation humeur	1	9,1%	0	0,0%
Ralentissement PM	1	9,1%	0	0,0%
Idées suicidaires	1	9,1%	1	5,0%

Tableau 54:

Dans la dimension négative: N=37	nombres absolus	pourcentages
Retrait, tendance à isolement	21	59,4%
Difficultés relationnelles, timidité	27	72,9%

Tableau 55:

	Filles N = 21		Garçons N = 27	
Dans la dimension négative:	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Retrait, tendance à isolement	12	57,1%	9	33,3%
Difficultés relationnelles, timidité	9	42,9%	18	66,7%

Tableau 56:

Dans la dimension positive N = 7	nombres absolus	pourcentages
Bizarries du comportement /des propos	4	57,1%
Fabulations/ imaginaire envahissant	3	42,9%
Idéations délirantes	0	0,0%

Tableau 57:

	Filles N = 2		Garçons N = 5	
Dans la dimension positive:	nombres absolus	pourcentages	nombres absolus	pourcentages
Bizarries du comportement / des propos	2	100,0%	2	40,0%
Fabulations/ imaginaire envahissant	0	0,0%	3	60,0%
Idéations délirantes	0	0,0%	0	0,0%

EVOLUTION:

Tableau 58:

Evolution: N=200	nombres absolus	pourcentages
Nombres de cas renseignés	86	43,0%
Nombres de cas non renseignés	114	57,0%

Tableau 59:

Parmi les dimensions psychiques N = 123	nombres absolus	pourcentages par dimension	pourcentage par cas, sachant que N=86
Cognitifs	21	17,1 %	24,4 %
Fonctionnels	19	15,4 %	22,1 %
Comportementaux	34	27,6 %	39,5 %
Anxiété	25	20,3 %	29,1 %
Thymiques	12	9,8 %	14,0 %
Négatifs	11	8,9%	12,8 %
Positifs	1	0,8 %	1,2%

Tableau 60:

Symptômes: N=86	nombres absolus	pourcentages
1 dimension	38	44,2%
2 dimensions	26	30,2%
3 dimensions et plus	10	11,6%
pas de symptôme	12	14,0%
non répondu	114	57,0%

Annexe 6: Le Still Face

Cohn et Tronick en 1983, ont mis au point une situation expérimentale au cours de l'interaction en face à face: le paradigme du Still Face (visage immobile ou impassible). Ce paradigme expérimental se pratique en recherche clinique, avec des bébés de 2 mois à 4 mois. Il évalue les capacités de communication du bébé, sa sensibilité au changement des attitudes maternelles et sa capacité à réguler ses propres états émotionnels. Cette situation comporte un épisode d'interaction en face à face, puis une séquence où la mère se fige subitement à un signal donné et demeure sans réaction et impassible aux diverses sollicitations de son bébé pendant 3 minutes, ce qui correspond à une violation majeure des attentes du bébé. Enfin, la mère reprend une attitude d'engagement affectif vis-à-vis de son bébé, et l'on peut observer la réparation de l'interaction, complète en quelques minutes. Au cours de la séquence où la mère présente u visage impassible, le bébé montre une suite de réactions remarquablement constantes dans leur ordre et leur durée. D'abord des tentatives très actives pour solliciter sa mère en s'agitant ou en riant, puis une phase de perplexité, puis une phase de désorganisation avec détournement du regard de plus en plus net. Cette procédure montre l'effet désorganisateur sur le bébé de la rupture de l'interaction par une neutralité figée clairement affichée de la mère, et ce dès l'âge de 6 semaines. Elle permet de comparer les réactions du bébé selon son tempérament et selon le degré d'altération antérieur de la relation mère enfant.

Annexe 7: Novembre 2007. La lettre de l'Odas: Protection de l'enfance

Une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs.

**Evolution du nombre d'enfants signalés en danger
entre 1998 et 2006**
France métropolitaine



Source Odas 2007

Evolution du nombre d'enfants signalés par classe d'âge entre 2005 et 2006
France métropolitaine

	0/2 ans	3/5 ans	6/10 ans	11/14 ans	15/17 ans	18/21 ans	Total
2005	13 500	16 300	26 200	21 700	16 600	2 700	97 000
2006	13 200	15 900	25 800	22 600	17 600	2 900	98 000
Évolution	-300	-400	-400	+900	+1 000	+200	+1 000

Source Odas 2007

Âges des enfants signalés en 2006
France métropolitaine

	0/2 ans	3/5 ans	6/10 ans	11/14 ans	15/17 ans	18/21 ans	Total
Filles	6 500	7 600	12 000	10 300	9 400	1 700	47 500
Garçons	6 700	8 300	13 800	12 300	8 200	1 200	50 500
Ensemble	13 200	15 900	25 800	22 600	17 600	2 900	98 000

Source Odas 2007

Problématiques à l'origine du danger entre 2004 et 2006
France métropolitaine

	Nombre d'enfants concernés par le facteur					
	2004		2005		2006	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50% des enfants signalés	57 200	soit 59% des enfants signalés	51 900	soit 53% des enfants signalés
Conflits de couple et de séparation	28 500	soit 30% des enfants signalés	28 100	soit 29% des enfants signalés	21 700	soit 22% des enfants signalés
Violence conjugales (recensé à partir de 2006)					10 400	soit 11% des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques de parents	12 350	soit 13% des enfants signalés	13 600	soit 14% des enfants signalés	10 800	soit 11% des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12% des enfants signalés	11 600	soit 12% des enfants signalés	11 200	soit 11% des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents	6 500	soit 7% des enfants signalés	5 800	soit 6% des enfants signalés	5 200	soit 5% des enfants signalés
Chômage, précarité, difficultés financières	12 500	soit 13% des enfants signalés	12 600	soit 13% des enfants signalés	16 000	soit 15% des enfants signalés
Environnement, habitat	7 600	soit 8% des enfants signalés	9 700	soit 10% des enfants signalés	6 800	soit 7% des enfants signalés
Errance, marginale	3 800	soit 4% des enfants signalés	5 100	soit 5% des enfants signalés	3 300	soit 3% des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12% des enfants signalés	10 700	soit 12% des enfants signalés	8 900	soit 9% des enfants signalés
Nombre d'enfants signalés	95 000		97 000		98 000	
Nombre total de facteurs cités	141 550	soit 1,5 facteurs cités/enfants	154 400	soit 1,6 facteurs cités/enfants	146 300	soit 1,5 facteurs cités/enfants

Source Odas 2007

Annexe 8: Le syndrome d'adaptation

Les enfants ne se rendent pas compte tant qu'ils vivent dans la situation, ils n'ont pas de référentiel, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas eu l'éducation sur le fait que ce qu'ils subissent n'était pas normal, l'enfant s'y adapte donc. C'est la prise de conscience, qui a lieu en grandissant, lorsque l'enfant se confronte, échange avec ses pairs. Il saisit alors que ce qu'il subit dans sa famille ne se produit pas chez toutes les familles, et que ce n'est alors peut-être pas "normal". Généralement, c'est la prise de conscience qui fait le trauma. Les enfants en tiennent rarement rigueur à leurs parents, au contraire, ce sont eux qui sont punis en étant placés.

Selon la théorie du psychiatre Roland C. Summit (1983) (55) "Summit suggère que les enfants qui sont agressés sexuellement se blâment souvent pour les agressions subies et doutent d'eux-mêmes. Comme ils ont peur des réactions de l'agresseur et de l'impact qu'une révélation pourrait provoquer sur leur famille et leur environnement, ces enfants essaient de conserver le silence et de s'adapter à la situation." Selon lui, le processus de révélation se déroulerait en cinq étapes: le secret, l'impuissance, la prise au piège et l'accommodation, la révélation retardée conflictuelle et non convaincante et la rétractation de la révélation. Toutefois, lorsque l'enfant décide de révéler la situation, cela se fera de façon graduelle dans le temps.

Les facteurs influençant la révélation:

- 1) les facteurs idiosyncrasiques (ceux qui appartiennent à la personne): l'internalisation du blâme (sentiment de honte), les mécanismes d'autoprotection (minimisation de l'expérience, perte de confiance en autrui), l'immaturité du développement (absence de moyen pour dévoiler).
- 2) Les facteurs relationnels: la violence et le dysfonctionnement de la famille (sentiments de ne pas être en sécurité, peur des représailles), les dynamiques du pouvoir (manipulations, menaces), la conscience des répercussions (peur des conséquences, changements dans la perception des autres), un réseau social fragile (absence de soutien dans le réseau scolaire)
- 3) les facteurs socioculturels: le stigma social (peur d'être jugé fou), les services inexistants (personne capable de soutenir) (19).

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASE: Aide Social à l'Enfance

CAP: Child Abuse Potential Inventory

CNAF: Caisse Nationale des Allocations Familiales

CRIP: Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

DESCO: Direction de l'Enseignement Scolaire du Ministère de l'Education Nationale

HTA: HyperTension Artérielle

ODAS: Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SBS: Syndrome du Bébé Secoué

SNATED: Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

SNATEM: Service Nationale d'Accueil téléphonique pour l'Enfance Maltraitée

SSMSI: Service Statistique du Ministère de l'Intérieur

STP: Stress Toxique Précoce

TDHA: Trouble et Déficit de l'Attention et Hyperactivité

TDVP: Test de Dépistage de la Violence Parentale

VU

NANCY, le **29 août 2017**
Le Président de Thèse

NANCY, le **04 septembre 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Bernard KABUTH

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9973

NANCY, le **5 septembre 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La maltraitance infantile est un problème de santé publique de par sa fréquence et ses répercussions sur le développement et le devenir des enfants. Son repérage représente donc un enjeu majeur. L'objectif principal de cette étude était de proposer une description symptomatique d'enfants victimes de maltraitance physique permettant un étayage aux praticiens confrontés quotidiennement à sa clinique polymorphe. Cette étude était épidémiologique, descriptive, rétrospective, unicentrique. Nous avons étudié les symptômes psychiques d'une population d'enfants originaires du Grand Nancy et victimes de maltraitance physique, sur la période de 2006 et 2016. L'objectif secondaire est de décrire les facteurs sociaux et familiaux auxquels sont exposés ces enfants, ainsi que leur devenir ultérieur.

Nous avons mis en évidence que le repérage de la maltraitance physique se fait le plus souvent avant un an et vers l'âge de 6 ans, tous sexes confondus. Les enfants victimes sont majoritairement issus de familles recomposées et uniques du couple parental. Ils présentent souvent des pathologies somatiques invalidantes et chroniques. Sur le plan symptomatique, il est probable que la maltraitance physique soit sous-évaluée chez les filles, qui présentent des tableaux moins bruyants, impactant principalement le développement cognitif et fonctionnel. On retrouve également une propension à présenter des troubles anxieux et dépressifs. En revanche, les garçons présentent la plupart du temps des troubles du comportement, des difficultés sociales et relationnelles, et des symptômes positifs de la lignée psychotique. Concernant le devenir de ces enfants, la moitié avaient une scolarité avec retard et/ou nécessitant un aménagement. Chez 96% d'entre eux, des comorbidités psychiatriques sont diagnostiquées à l'adolescence ou l'âge adulte.

TITRE EN ANGLAIS : Dimensional approach of the psychic symptoms impacting the children development victims of physical maltreatment; practice current implication to the cabinet of General Medicin.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLES : child maltreatment, psychological and health sequelae of childhood physical abuse, risk factor, impact on child development

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
