

Ce qui peut mettre un enfant en danger ?

Pendant longtemps, l'attention a essentiellement porté sur les violences physiques exercées par les parents et sur le « syndrome de l'enfant battu ». L'accent a été mis, ensuite, sur les violences sexuelles et sur l'inceste. La prise en compte de négligences graves dans le milieu familial est plus récente, alors que la recherche montre qu'il s'agit de formes de maltraitance dont les répercussions sont souvent très lourdes et irréversibles, tout comme la maltraitance psychologique qui est encore difficile à mettre en évidence.

De plus, violences physiques, violences sexuelles, négligences graves peuvent se combiner.

La prise en compte de risque et de maltraitance liés à la vie en institution est un phénomène encore plus récent.

Un enfant peut se trouver en danger du fait :

- de **conditions de vie** dans son milieu naturel que constituent sa famille ou des relations de celle-ci ;
- d'un **environnement social** le soumettant à des influences préjudiciables ;
- de **soins ou de prises en charge inappropriés** par des adultes dans des lieux de garde, d'éducation, de loisirs ou de sports ;
- d'une **éducation dans un milieu sectaire**, le privant de soins et d'une éducation adaptés à ses besoins ;
- d'un **contexte de violences** présidant aux relations (entre adultes, entre mineurs, entre adultes et mineurs) dans les milieux où il évolue ;

- d'une **exploitation dans des systèmes de racket ou de délinquance** ;
- d'une **utilisation sexuelle ou perverse** par des adultes ou d'autres mineurs.

Il peut aussi être en danger du fait de ses propres conduites (délinquance, fugue, toxicomanie, tentative de suicide...).

Des conditions de vie ou des prises en charge inadaptées, dans des lieux institutionnels, peuvent aussi constituer un danger.

Un certain nombre d'indicateurs et de signes peuvent permettre d'appréhender les situations de danger ou de risque de danger.

Tous les éléments présentés ci-après, pris isolément, ne sont pas forcément révélateurs d'une situation de danger.

Cependant, il est important d'y être attentif car ils peuvent être révélateurs d'une situation de risque.

Lorsque plusieurs de ces indicateurs de risque sont réunis, on peut être en présence d'une situation de danger, de même que lorsque l'un d'entre eux présente un caractère de grande gravité.

Un repérage précoce peut permettre la mise en place de mesures d'aide ou d'accompagnement sous forme d'actions sociales, éducatives, psychologiques préventives.

Proposées à la famille, elles doivent être clairement explicitées et contractualisées avec elle, leur acceptation conditionnant la réussite d'un projet conçu dans l'intérêt de l'enfant et de ses parents.

5.1. INDICATEURS DE RISQUE

Ils peuvent être repérés :

5.1.1. LORS DE LA PÉRIODE DE GROSSESSE ET DES PREMIERS MOIS DE L'ENFANT

Durant la période prénatale

- Grossesse non ou mal suivie ;
- Déclaration tardive de grossesse, grossesse non déclarée ;
- Dénî de grossesse, grossesse non désirée, non acceptée ;
- Mère très jeune ou grossesses rapprochées ;
- Primipare âgée ;
- Pathologie psychiatrique de la mère et/ou du père ;
- Grossesse issue d'un viol ;
- Grossesse vécue comme difficile ;
- Absence de projet pour l'enfant à naître ;
- Antécédents obstétricaux, fausses couches, avortements spontanés ou provoqués, hospitalisation pendant la grossesse ;
- Demande d'Interruption Volontaire de Grossesse non réalisée quelle qu'en soit la raison ;
- Difficultés sociales :
 - Situation d'isolement, de rupture affective de la mère pendant la grossesse ;
 - Dysfonctionnement ou violence dans le couple ;
 - Absence de domicile fixe ou mauvaises conditions d'hébergement ;
 - Conditions de vie entraînant une fatigue excessive ;
 - Absence de couverture sociale.

À la maternité

- Prise en compte d'indicateurs pouvant avoir existé durant la période prénatale ;
- Séparation mère enfant à la naissance ;
- Accouchement pénible ou mal vécu, prématuré ou retardé ;
- Naissances multiples ;
- Refus de voir l'enfant, de s'occuper de lui ;
- Difficultés à supporter les pleurs du bébé ;

- Intolérance de la mère aux cris de l'enfant ;
- Difficultés à nourrir le bébé ;
- Portage inadapté ;
- Conduites ou propos inadaptés ;
- Impulsions dangereuses réelles ou redoutées ;
- Si enfant hospitalisé en néonatalogie : visites espacées, courtes, inadaptées voire inexistantes ;
- Anxiété excessive pour prodiguer des soins ;
- Déception manifestée à l'arrivée de l'enfant (décalage avec l'enfant imaginaire, enfant porteur de handicaps).

Découverte d'éléments sociaux et familiaux susceptibles de constituer un risque

- Statut de l'enfant en regard de sa filiation ;
- Absence de visite pour la maman à la maternité ;
- Premier accouchement en France d'une femme immigrée et isolée ;
- Impréparation matérielle de la venue de l'enfant ;
- Conditions d'accueil inadaptées ;
- Sortie prématurée de la maternité contre l'avis médical ;
- Prolongement du séjour en maternité pour des raisons psycho-sociales ;
- Incertitude quant à la reconnaissance légale de l'enfant ;
- Retour sur la décision d'accouchement « sous x ».

Au domicile

- Reprise en compte d'indicateurs de risque des périodes précédentes ;
- Femme délaissée depuis la naissance de l'enfant ;
- Femme dépressive ou psychotique, traitée ou non ;
- Mère éprouvant des difficultés dans la relation avec l'enfant ou dans la reconnaissance de ses besoins ;
- Soins inadaptés aux besoins de l'enfant ;
- Enfant manifestant des troubles (alimentation, sommeil, agitation, pleurs incessants et inconsolables, prise de poids insuffisante...);
- Suivi chaotique ;
- Refus des aides proposées.

À la crèche ou chez une assistante maternelle

- Recherche de mode de garde en urgence ;
- Instabilité du mode de garde ;
- Conflits entre parents et assistantes maternelles ou crèches ;
- Refus de présentation du carnet de santé.

5.1.2. DANS LES MODES DE GARDE, À L'ÉCOLE, DANS LES CENTRES DE SPORTS ET DE LOISIRS

- Enfant négligé (hygiène, vêture inadaptée à la saison, à l'âge, à l'activité...);
- Absence de goûter, de fournitures scolaires ou d'équipements de manière répétée;
- Manifestation d'un état de faim, troubles alimentaires;
- Énurésie, encoprésie, somnolence, hyperactivité;
- Troubles du comportement : cris, agitation, anorexie, boulimie, agressivité, repli, isolement;
- Retard psychomoteur;
- Refus de l'enfant de participer à des activités nécessitant un dévoilement du corps;
- Crainte excessive vis à vis de l'adulte;
- Absentéisme répété ou non justifié;
- Non présentation des parents aux convocations des équipes éducatives ou aux bilans de santé en école maternelle.

5.1.3. À PARTIR DE LA DEMANDE MÉDICALE

- Hospitalisations fréquentes pour nouveaux nés de moins d'un mois;
- Consultations récurrentes aux urgences pour traumatisme;
- Nomadisme médical ou absence de suivi médical, absence ou retard des vaccinations;
- Hospitalisations à répétition quel que soit l'âge;
- Demandes répétitives de consultations et de certificats médicaux pour attester de l'inconduite de l'autre parent.

5.1.4. PAR LA PRISE EN COMPTE DE CARACTÉRISTIQUES

DES PARENTS

- Antécédents de carences affectives, de séparations du milieu familial, de sévices physiques, d'abus sexuels, d'abandon;
- Handicaps physiques ou psychiques importants;
- Conduites addictives;
- États dépressifs ou antécédents psychiatriques aigus ou chroniques;
- Dépression ou psychose puerpérale;
- Immaturité parentale, impulsivité;
- Indifférence, attitude distante;
- Principes éducatifs rigides;
- Violences relationnelles.

DU MILIEU FAMILIAL

- Éléments historiques et relationnels :
 - Confusion des générations;
 - Instrumentalisation de l'enfant pour alimenter le contentieux;
 - Existence, dans l'histoire familiale, de décès inexplicables d'enfants;
 - Antécédents de mesures d'assistance éducative dans la fratrie;
 - Antécédents de ruptures familiales;
 - Existence d'un contentieux relationnel entre des parents séparés à propos de l'éducation de l'enfant.
- Éléments sociaux et économiques :
 - Isolement social et familial;
 - Monoparentalité;
 - Insuffisance de ressources, chômage;
 - Mauvaises conditions de logement, promiscuité, transplantation, déracinement;
 - Appartenance à des groupes vulnérables ou marginalisés;
 - Situation d'errance.

5.1.5. À DES MOMENTS DE RUPTURE OU DE FRAGILITÉ PARTICULIÈRE

- Rupture;
- Divorce;
- Déménagement, mesure d'expulsion;
- Deuil;
- Retour d'enfant placé;
- Grossesse rapprochée dans un contexte difficile;
- Perte d'emploi.

5.2. INDICATEURS DE MALTRAITANCE

Aucun des signes pris isolément ne permet d'affirmer l'existence de mauvais traitements. Un faisceau d'indices doit mettre en alerte.

Des maladies, des accidents peuvent provoquer des symptômes comparables mais le siège, la forme, l'association de certaines lésions en fonction de l'âge de l'enfant suffisent parfois à affirmer l'existence de mauvais traitements.

Dans les situations d'abus sexuels, il peut n'exister aucun signe physique décelable, il faut alors s'appuyer sur la parole de l'enfant et sur la présence d'éventuels troubles du comportement.

Il arrive que signes ou symptômes repérés disparaissent lorsque l'enfant est éloigné de son milieu habituel. Ce constat est de nature à conforter le diagnostic.

Il est aussi important de savoir :

- que les silences, les dénégations ou les assertions paradoxales d'un enfant sont, pour lui, un moyen de « disculper, protéger » le parent qui le maltraite mais auquel il demeure pourtant fondamentalement attaché ;
- que l'enfant peut se présenter comme méritant, par sa propre conduite, des punitions ou des dépréciations ;
- qu'il peut redouter les conséquences, pour sa famille, de la révélation de sa situation et culpabiliser d'en être à l'origine.

5.2.1. LÉSIONS PHYSIQUES

• Lésions tégumentaires

- Ecchymoses, hématomes multiples à localisation spécifique (visage, cou, siège sous la couche, tronc) ou de taille anormalement importante sur une localisation banale.

• Signes cutanés de stades différents

- Plaies : griffures, morsures, plaies linéaires évoquant coups de fouet ou de martinet, plaies curvilignes dues à une boucle de ceinture, sillons circulaires sur les chevilles ou les poignets dus à des liens, plaies par instruments tranchants ;
- Deux localisations de plaies sont plus spécifiques d'abus sexuels : les lésions endobuccales et les lésions génitales ;
- Alopecie consécutive à des arrachements de cheveux ;
- Brûlures : elles peuvent évoquer des ébouillancements, l'immersion dans un bain brûlant, des contacts avec des objets métalliques brûlants (fer à repasser), des brûlures par cigarette, l'ingestion de liquides brûlants.

• Fractures

Les plus couramment observées sont les fractures des membres : leurs signes cliniques et radiologiques sont fonction de l'âge de l'enfant.

Chez le nourrisson, leurs manifestations par une déformation sont exceptionnelles. On note plutôt un gonflement, une impotence ou une douleur à la mobilité consécutifs, notamment, à des fractures diaphysaires, des arrachements métaphysaires, des décollements du périoste.

Chez l'enfant plus grand, les fractures des membres par maltraitance n'ont pas un caractère spécifique. C'est leur association à d'autres lésions significatives ou à la découverte de traces de fractures anciennes qui est évocatrice de l'existence de mauvais traitements (syndrome de Silverman).

Les fractures des côtes et les fractures du crâne sont difficiles à identifier sans cliché radiologique spécifique.

• Autres lésions

- Hématomes sous-duraux ;
- Lésions oculaires hémorragiques ;
- Lésions otologiques (rupture traumatique du tympan) ;
- Lésions viscérales (rupture de rate, du foie, du mésentère).

5.2.2. INDICES DE CARENCES, DE NÉGLIGENCE LOURDES OU DE CRUAUTÉ MENTALE

• Troubles de l'état général

- État de dénutrition avec des carences alimentaires sévères pouvant être associées à une anémie ou un rachitisme ;
- Hypotrophies staturo-pondérales non organiques avec cassure des courbes de poids et de taille constituant un nanisme d'origine psychosocial confirmé par une reprise spectaculaire du poids lorsque l'enfant est mis à distance de son milieu ;
- Retards psychomoteurs, retard des acquisitions, hypo ou hypertonicité.

• Chez le bébé

Troubles du contact : évitement du regard, hypotonie ou hypertonicité, hypervigilance, pleurs incessants, bébé difficilement consolable...

• Chez le jeune enfant

- Enfant paraissant trop calme ou enfant hyper agité ;
- Conduites d'évitement ou très grande avidité affective ;
- Troubles du sommeil, des conduites alimentaires, troubles sphinctériens (énurésie, encoprésie) ;
- Isolement des autres enfants, peur des adultes.

- **Chez l'enfant plus grand**

- État de grande inhibition, de grande passivité, tristesse, apathie... ;
- Agitation et instabilité psychomotrice pouvant être associées à des conduites agressives.

- **Chez le pré-adolescent et l'adolescent**

- Troubles des conduites alimentaires ;
- Perturbations des résultats scolaires, désinvestissement massif ou surinvestissement ;
- Temps excessif consacré à internet et aux jeux électroniques ;
- Hyperactivité, mise en danger régulière ;
- Comportements provocateurs ;
- Repli sur soi, isolement, conduites d'évitement
- Soumission excessive à l'adulte ou une grande méfiance à son égard ;
- Conduites déviantes (vols, drogues, alcoolisation, consultation des sites internet soumis au contrôle parental...) ;
- Conduites de fugues, des tentatives de suicide.

5.2.3. SYMPTOMATOLOGIES PARTICULIÈRES

- **Intoxication de l'enfant**

relative à une toxicomanie des parents, leur alcoolisme ou leur usage important de médicaments.

- **Conduites d'auto-mutilations**

par lesquelles l'enfant porte atteinte à son intégrité physique (griffures, coupures, lacérations, morsures, étouffement).

- **Syndrome du bébé secoué**

Il s'agit d'une forme grave de maltraitance infantile. Le syndrome du bébé secoué (SBS) est le nom courant pour désigner des blessures spécifiques trouvées chez un enfant. Qu'il s'agisse d'une violence intentionnelle ou qu'elles résultent d'un comportement inadapté des personnes qui s'occupent de lui, ces blessures sont consécutives au fait d'avoir violemment secoué un jeune enfant par un mouvement de va et vient. Comme sa tête est lourde et grosse par rapport au reste de son corps et que son cou est encore faible, le secouer de manière violente et répétée provoque un déplacement du cerveau dans la boîte crânienne ou un écrasement contre celle-ci. Ce choc entraîne un saignement des vaisseaux déchirés, des lésions des tissus, un œdème cérébral et des lésions au niveau du tronc cérébral, au niveau de la rétine.

L'enfant présente des symptômes alarmants comme : crise convulsive, arrêt de la respiration, perte de conscience, hypotonie, paralysie.

Le diagnostic de mauvais traitements est complexe en l'absence de signes extérieurs de traumatisme ou de facteurs de risque chez un bébé de quelques mois.

La compression du thorax par les mains de l'auteur entraîne parfois des fractures des côtes qui signent le tableau de maltraitance. Il en est de même de la découverte de marques cutanées (ecchymoses, plaies...) ou de fractures.

L'hématome sous-dural peut entraîner des lésions irréversibles, des troubles du développement cérébral, sources de handicaps graves : cécité, hémiplégies, comitialités dues aux séquelles. Certaines victimes restent dans un état végétatif. Même avec des soins médicaux rapides, dans un cas sur cinq, il provoque la mort.

- **Syndrome de Munchausen par procuration**

C'est une forme particulière de maltraitance dans laquelle un ascendant, presque toujours la mère, allègue ou simule un état morbide chez son enfant, alors que les symptômes ne sont jamais constatés. Cette attitude a pour finalité de déclencher des investigations médicales ou chirurgicales dont les résultats peuvent être falsifiés par le parent pour provoquer des examens complémentaires ou de nouvelles médications.

Ce syndrome a donc pour origine un comportement parental lié à une attirance pathologique pour la sphère médicale.

Dans sa forme extrême, il peut conduire à des actes médicaux majeurs mettant le pronostic vital en jeu. Difficile à diagnostiquer, il nécessite une approche de l'enfant dans sa globalité.

Il se définit par l'association de quatre critères :

- maladie de l'enfant produite ou simulée par l'un des parents ;
- consultations médicales répétées pour obtenir la réalisation d'examens complémentaires et de prescriptions de médicaments ;
- parents qui affirment ne pas connaître la cause des symptômes ;
- symptômes qui régressent lorsque l'enfant est séparé du parent responsable.

Plusieurs enfants d'une même fratrie peuvent en être victimes. La mère est souvent issue d'un milieu professionnel de santé et – fait notable – entretient des rapports étroits et gratifiants pour elle avec l'équipe soignante.

5.2.4 SIGNES ET SYMPTÔMES ÉVOCATEURS D'ABUS SEXUELS

Les abus sexuels constituent une double atteinte à la personne, à la fois psychologique et corporelle, qui marque les mineurs qui en sont victimes dans leur vie psychique, affective et sexuelle.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il s'agit d'exploitation sexuelle d'un enfant impliquant que celui-ci est victime d'une personne adulte ou au moins sensiblement plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci.

D'après le Nouveau Code Pénal, il s'agit de tout acte ou geste par lequel une personne plus âgée, dans ou en dehors de la famille, obtient d'un enfant un plaisir sexuel. Ce plaisir sexuel peut être génital, verbal ou mettre simplement en jeu le regard.

D'après l'ouvrage collectif « Enfances en danger » (Éditions Fleurus, 1997), les abus sexuels allient la maltraitance physique et la violence psychologique : l'adulte exerce sur l'enfant une emprise par la violence ou la séduction, à la fois sur son corps dont il le dépouille en se l'appropriant comme objet de plaisir, et sur son esprit, en trahissant les besoins de confiance et de tendresse de l'enfant, indispensables à son évolution.

Les abus sexuels peuvent recouvrir plusieurs situations à des stades différents :

- de l'excitation : appels téléphoniques, exhibitionnisme public ou privé, images pornographiques ;
- de la stimulation : atouchements, caresses érotiques, masturbation... ;
- de la réalisation : viol, inceste, pédophilie, prostitution infantile, utilisation de l'enfant à des fins pornographiques.

Ce type de maltraitance a ses propres cortèges de signes, de symptômes, d'éléments évocateurs qui traduisent, au niveau du corps et du comportement, ce que l'enfant a subi ou ce qu'il a fantasmé.

Certains sont éloquents

- Lésions traumatiques génitales, périnéales ;
- Découverte d'une maladie sexuellement transmissible ;
- Préoccupation sexuelle excessive pour l'âge de l'enfant ;
- Aggression sexuelle sur des enfants du même âge ou plus jeunes ;
- Connaissance précoce de la sexualité ;
- Masturbation compulsive et en public ;
- Comportement séducteur et sexualisé avec l'adulte présent.

D'autres sont plus difficiles à affirmer car moins spécifiques.

Il s'agit le plus souvent de changements récents et massifs du comportement :

- Labilité de l'humeur : pleurs, tristesse, disparition de conduites ludiques, désinvestissement scolaire ;
- Peur brutale et incontrôlable des adultes ;
- Refus de rentrer à la maison ;
- Refus d'aller se coucher, de se déshabiller, tendance à se barricader la nuit ;
- Manifestation régressive dans le domaine du langage et du graphisme ;
- Trouble de l'apprentissage et du développement ;
- Rituel de lavage obsessionnel ou peur de la toilette des organes génitaux ;
- Manifestations somatiques non spécifiques telles que douleurs abdominales, infections urinaires récurrentes ;
- Survenue d'une grossesse chez une adolescente qui ne veut pas dire qui est le père ;
- Demande d'une interruption volontaire de grossesse faite par une adolescente qui ne veut pas indiquer le géniteur ;
- Fugues, toxicomanies, conduites prostituives ;
- Tentatives de suicides.

Les troubles du comportement sont surtout caractérisés par leurs fréquences. Certains sont plus évocateurs d'une situation incestueuse ou d'agression sexuelle intra-familiale.

5.2.5 SYMPTÔMES ÉVOCATEURS D'UNE SITUATION INCESTUEUSE

Aux mêmes troubles de comportement du mineur précités, s'ajoutent des indicateurs liés au comportement de l'un des parents ou d'un adulte assumant un rôle parental.

Le plus habituellement, c'est le comportement d'un membre de la famille qui fait soupçonner une relation incestueuse

- membre de la famille ayant une proximité corporelle inappropriée avec l'enfant ;
- membre de la famille intrusif dans l'intimité physique ou psychique, assumant avec trop de complaisance des soins corporels, des achats de sous-vêtements, d'accessoires intimes.

5.3. INDICATEURS DE MALTRAITANCE INSTITUTIONNELLE

Qualité de l'accueil et diligence de soins sont les clefs d'une « bien-traitance » que toute société se doit de prodiguer aux enfants.

Ce principe général est le fondement de la **Déclaration des droits de l'enfant de 1959**, précisé par un instrument juridique plus contraignant que constitue la Convention des droits de l'enfant de 1989 qui nécessite que les États signataires adaptent leur législation pour s'y conformer. L'exigence est d'autant plus grande lorsque ce sont des institutions qui prennent le relais des parents, voire les suppléent pour s'occuper de l'enfant.

Selon la définition proposée par Stanislas Tomckiewicz doit être considérée comme une violence institutionnelle :

« toute action commise dans ou par une institution ou toute absence d'action qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychique inutile et/ou entrave son évolution ultérieure ».

Sont à distinguer :

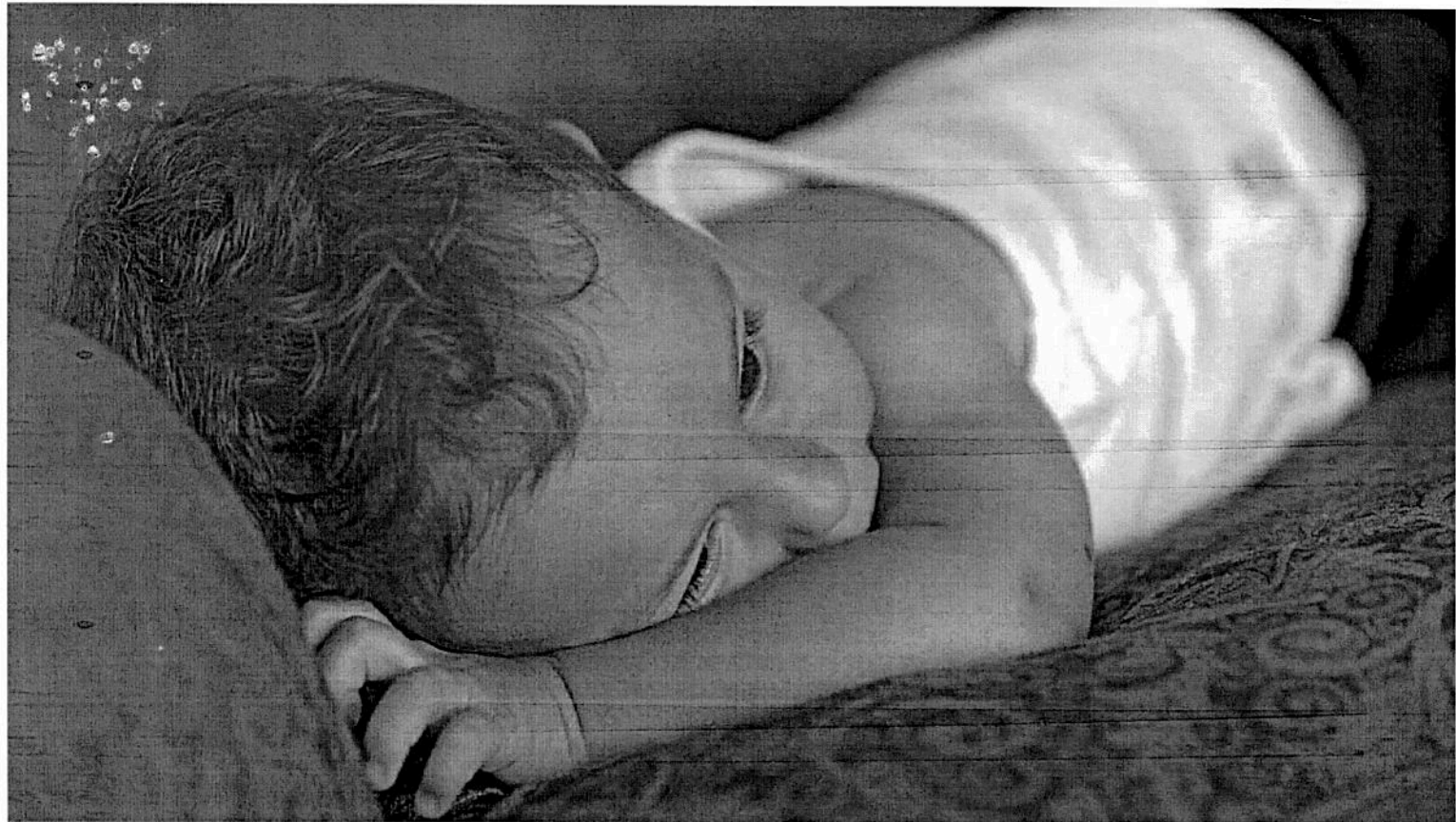
- les situations provoquant une souffrance de l'enfant sans qu'une maltraitance spécifique puisse être relevée ;
- les situations de négligences et de violences endémiques liées à des défaillances de la prise en charge ;
- les surgissements brutaux de violences d'adultes ou d'enfants ;
- les situations d'abus sexuels entre mineurs ou par des adultes responsables d'eux.

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 (L 313-20 et Art L 331-1) a encore renforcé les dispositions relatives aux contrôles des établissements dévolus aux Préfets et aux présidents des Conseils généraux.

Doivent être détectés les dysfonctionnements liés à :

- des ruptures de prise en charge (changement brutal du lieu de vie de l'enfant ou de l'équipe répondante...),
- des conditions d'installations : environnement, espace, accessibilité, hygiène, sécurité, défaut d'intimité,
- une organisation inadéquate : déficience du projet pédagogique et du règlement de fonctionnement, carence de l'encadrement, déficit quantitatif et qualitatif en matière de personnel,
- des rythmes de vie inappropriés à l'âge,
- des conduites et des prises en charge inadaptées,
- des négligences...

qui sont susceptibles de menacer et compromettre la santé, l'intégrité ou le bien être physique ou moral des enfants.



Le devoir

d'alerter

6

Transmettre une information préoccupante à l'Antenne Départementale de Recueil, d'Évaluation et de Traitement des informations préoccupantes (ADRET) ou informer le Parquet compétent en cas de nécessité de protection immédiate constituent les deux manières d'alerter les autorités, administratives ou judiciaires, d'une situation d'enfant en danger ou en risque de danger et ainsi :

- déclencher l'évaluation de la situation,
- permettre, si nécessaire, la protection de l'enfant sous une forme adaptée à la situation.

L'information préoccupante ou le signalement du danger ou du risque de danger ont pour but premier de protéger les enfants, non de sanctionner les éventuelles personnes responsables.

Seul le Procureur de la République décide ou non, au vu des éléments dont il dispose, de l'opportunité de poursuites.

Informer ou signaler ne relève pas de la délation mais constitue un devoir et, dans certains cas, une obligation légale.

6.1. QUI DOIT INFORMER OU SIGNALER ?

Chacun, CITOYEN et PROFESSIONNEL, est tenu d'agir.

L'obligation générale de révélation et de signalement s'impose à tous, même si elle se heurte :

- au respect de l'intimité des familles, au silence des enfants maltraités, à celui des adultes maltraitants, à celui des adultes ou parents complices ;
- à la difficulté fréquente de faire la part entre un comportement volontaire et un accident, entre mauvais traitement et exercice de l'autorité ;
- aux réticences psychologiques (appréhension, répugnance, refus, crainte, blocages conscients ou inconscients) d'un grand nombre de personnes, y compris de professionnels concernés, à admettre que les troubles que présente un enfant peuvent être consécutifs à des mauvais traitements.

4

LES OUTILS DE REPERAGE D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE, D'UN RISQUE OU D'UN DANGER

www.rhone.fr

Des outils de repérage des facteurs de risque, des signes d'alerte de danger et des facteurs protecteurs sont proposés aux professionnels. Présentées sous forme de tableaux, ces listes ne sont pas exhaustives mais représentent les facteurs les plus fréquemment rencontrés.

1. Les facteurs de risque

Les facteurs de risque recensés ci-dessous correspondent à l'ensemble des événements et éléments observés dans l'environnement social de l'enfant, **susceptibles de le fragiliser.**

Attention, aucun élément figurant ci-dessous pris séparément n'a de valeur indicative. C'est leur accumulation qui peut être évocatrice de risque de danger.

Concernant la famille	Concernant la période périnatale	Concernant les enfants et les adolescents
<ul style="list-style-type: none"> - conditions de vie difficiles - difficultés socio-économiques (expulsion, surendettement...) - isolement social ou familial et/ou déracinement - père ou mère élevant seul(e) ses enfants avec absence de tiers (un parent absent) - mésententes familiales ou conjugales - parent présentant des troubles mentaux ou du comportement (délinquance, conduites addictives,...) - jeunesse des parents (parents mineurs notamment) - attitude des parents : <ul style="list-style-type: none"> • déçus du bébé (sexe, image corporelle...) • ne supportant pas les pleurs • éprouvant un profond dégoût pour les renvois, les selles 	<ul style="list-style-type: none"> - retard de déclaration de grossesse ou non déclaration - grossesses rapprochées - grossesses multiples - suivi prénatal insuffisant ou irrégulier ou changeant - demande d'IVG non suivie ou trop tardive - demande d'abandon non réalisée - mère jeune : moins de 18 ans à la première naissance - pathologie de la grossesse si génératrice de grande angoisse - événement marquant grave pendant la grossesse (accident, décès, séparation) - comportement de la mère : <ul style="list-style-type: none"> • niant la venue de son enfant et ne la préparant pas • dépression • mère hostile à l'égard de son enfant à naître - enfant prématuré - enfant porteur de handicap(s) ou mal formé - séparation précoce avec hospitalisation en service de néonatalogie - jumeaux - bébé ayant un comportement difficile à supporter (pleurs excessifs, troubles alimentaires, troubles du sommeil...) 	<ul style="list-style-type: none"> - enfant fréquentant très souvent les services hospitaliers pour des pathologies le plus souvent bénignes - enfant atteint d'un handicap qui génère des difficultés au sein de la famille (relationnelles, organisationnelles,...) - enfant faisant l'objet de placements fréquents ou vivant régulièrement en dehors de sa famille - enfant victime d'une relation parents/enfant perturbée - enfant non désiré - enfant dit « insupportable »

2. Les signes d'alerte de danger

Les signes d'alerte de danger correspondent à l'ensemble **d'événements ou d'éléments objectifs qui viennent fragiliser l'enfant.**

Attention, aucun élément figurant ci-dessous pris séparément n'a de valeur indicative. C'est leur accumulation qui peut être évocatrice d'alerte de danger.

Signes d'alerte - famille	Signes d'alerte - période périnatale	Signes d'alerte - enfance et adolescence
<ul style="list-style-type: none"> - parents ne répondant pas aux besoins de sécurité de l'enfant : manque d'hygiène, de nourriture, répétition d'accidents domestiques - responsabilisation de l'enfant en décalage avec son âge - enfant recevant des ordres et des contre-ordres - différences affectives très nettes entre les membres de la fratrie (rejet de l'enfant) - confusion des places (positions générationnelles et trans-générationnelles confuses) - mise à l'écart de l'un des parents - état émotionnel inadapté des parents - absence d'échange entre l'enfant et le parent qui l'accompagne ou contrôle permanent de l'enfant par le regard, la parole ou les gestes - absence de suivi général de la santé de l'enfant - manque de repères dans la vie quotidienne (repas, couché...) - difficultés relationnelles intra-familiale(s) (conflits conjugaux, familles recomposées, fratries...) - violences intra-familiales - conduites addictives des parents - dérives sectaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Maternage défaillant : <ul style="list-style-type: none"> • dénutrition plus ou moins marquée • hypotonie de l'enfant • la mère ne semble pas capter les signaux du bébé et/ou n'y répond pas de manière adéquate - Retard dans les acquisitions <u>psychomotrices</u> - Bébé en retrait ou en alerte (regard, tonus, émotions...). <p>« Situations spécifiques nécessitant une vigilance accrue »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome du bébé secoué : secouement intempestif dans un contexte de violence intentionnelle ou de comportement inadéquat des parents* 	<p>Concernant l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - manque de repères éducatifs dans la vie quotidienne (sommeil, repas...) - troubles psychologiques dans son développement psychomoteur ou psychoaffectif : <ul style="list-style-type: none"> • enfant hyperactif • enfant replié sur lui-même • agressivité / auto-agressivité • enfant craintif et/ou triste • encoprésie, énurésie - troubles alimentaires : <ul style="list-style-type: none"> • inappétence - troubles du comportement : <ul style="list-style-type: none"> • préoccupations sexuelles inadaptées à l'âge de l'enfant - troubles du sommeil - intoxications de l'enfant* <p>« Situations spécifiques nécessitant une vigilance accrue »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome de Munchausen*, parents responsables d'une pathologie induite par l'administration volontaire de médicament en l'absence de symptômes constatés - Syndromes d'aliénation parentale comportement de l'ordre de la cruauté mentale d'un parent sur les enfants <p>Concernant l'adolescent</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles du comportement : <ul style="list-style-type: none"> • conduites addictives • agressivité, auto-agressivité • échec scolaire non expliqué • sur-investissement ou absentéisme scolaire • passages à l'acte (tentatives de suicide, fugues, actes de pré-délinquance...) • mutisme ou soumission à l'adulte - troubles alimentaires : <ul style="list-style-type: none"> • anorexie* • boulimie* <p>Concernant l'adolescent et l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles liés à une maltraitance physique avérée* : <ul style="list-style-type: none"> • lésions cutanées, brûlures, fractures notamment lorsqu'elles sont négligées, mal soignées, surinfectées et lorsque les circonstances sont mal expliquées • ecchymoses, hématomes • griffures, morsures, lacérations • pertes de cheveux inexpliquées

* : nécessite un diagnostic médical