

■ Revues générales

Suspicion de mauvais traitements et transmission aux services en charge de la protection de l'enfance : ni trop tôt, ni trop tard ?

RÉSUMÉ : Les situations d'enfants en danger mettent à l'épreuve les praticiens tant elles sont si déroutantes. Une bonne connaissance des freins à voir ces situations et une démarche diagnostique rigoureuse sont de mise. Les ressorts du soin sont le diagnostic posé dans un contexte d'alliance professionnelle et d'échanges. La bonne connaissance des acteurs des conseils départementaux (CRIP, médecin référent protection de l'enfance) et hospitaliers (unité d'accueil pédiatrique enfant en danger, en particulier) permet la montée en compétence des acteurs de terrain.

Sauf intérêt contraire de l'enfant, l'annonce sera faite à l'enfant et sa famille et chaque étape des soins sera abordée avec le souci de soins protégés, intégrés et gradués, centrés sur l'enfant.

En partageant ses inquiétudes dans le cadre de la loi et dans le seul intérêt de l'enfant, chaque professionnel de sa place est un acteur de cette protection et de la prévention de ces situations.



E. DAVID, E. QUESNEL, S. LAROCHE, M. BALENÇON

UAPED/EPRRED Service de pédiatrie,
CHU de CAEN,
PFRS- Université Caen Normandie, CAEN,
UMJ Hôtel- APHP PARIS.

Les mauvais traitements envers les enfants peuvent prendre des formes variées et le plus souvent intriquées. On décrit classiquement les violences physiques, psychiques, sexuelles qui sont des maltraitements par commission, et les négligences graves qui correspondent à une omission de répondre à l'ensemble des besoins des enfants.

La loi du 7 février 2022 définit de façon large la notion de maltraitance. La notion de violence sur mineur n'est pas spécifiquement visée. Cette définition a été intégrée dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) : "La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.

Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non." (art. L 119-1 du CASF).

Les situations de danger concernant un mineur sont des situations "pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être" (art. R 226-2-2 du CASF). Elles englobent donc les situations de maltraitance et les situations à risque de maltraitance.

Suspicion de mauvais traitements : de la suspicion à la saisine administrative ou judiciaire

Les médecins ont, vis à vis des mineurs, une obligation de protection (art. R4127-43 et R4127-44 du CASF).

Ils ont la possibilité de signaler une suspicion de situation de mineur en danger, soit à l'autorité judiciaire (en l'espèce le procureur de la République), soit à l'autorité administrative, la Cellule de recueil des informations préoccupantes. Le médecin peut se délier du secret professionnel dans un contexte de «...*sérvices, maltraitances ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toutes natures ont été commises. Le signalement aux autorités compétentes, effectué dans les conditions prévues au présent article, ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.*» (Art. 226-14 du Code pénal).

L'une des difficultés fréquemment identifiées par les praticiens est le manque de formation au repérage des situations de danger. Il existe, en outre, des freins puissants individuels et collectifs qui limitent le repérage et le diagnostic même par des professionnels rompus à cette pratique. Le déni de la réalité des violences pour les professionnels et les phénomènes de clivages et de contami-

nation au sein des équipes en sont des exemples quotidiens dans les fonctionnements individuels et collectifs.

Alors que les situations de violences et de maltraitances sont des situations d'isolement, la remise en lien interprofessionnel et la possibilité d'élaboration d'une pensée collective vont permettre le diagnostic et vont être aussi une première étape pour prendre soin des enfants, des adolescents et de leurs familles.

Sur le plan pratique, les médecins confrontés à ces situations, hors situation d'urgence évidente, peuvent joindre en particulier :

- la Cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) ;
- le médecin référent protection de l'enfance des conseils départementaux ;
- l'Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) [1-3].

En dehors des horaires d'ouverture de ces structures, un avis pourra être sollicité auprès des services d'urgences pédiatriques travaillant en lien avec les services de médecine légale. En cas de doute ou de besoin, une hospitalisation pédiatrique à visée de soins, d'évaluation et de protection pourra toujours être proposée.

La Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pourra être saisie par le biais de la rédaction d'**une information préoccupante en cas de suspicion de mineurs en danger**. Ces éléments permettent d'alerter sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être.

Dans les situations les plus graves de maltraitance, en particulier dans les situations de flagrance ou de mise en danger vital, **un signalement** sera rédigé et adressé à l'autorité judiciaire représentée par le procureur de la République du tribunal judiciaire territorialement compétent. Une copie de cet écrit sera adressée à la CRIP dont dépend l'enfant (**fig. 1**).

Il peut toujours être proposé que l'entourage ou le mineur qui ont des préoccupations ou des éléments particuliers d'inquiétude joignent le service national d'appel téléphonique **Enfant en danger (119)**. L'affichage des coordonnées du 119 est obligatoire dans tous les établissements et services recevant de façon habituelle des mineurs (art. L 226-8 du CASF).

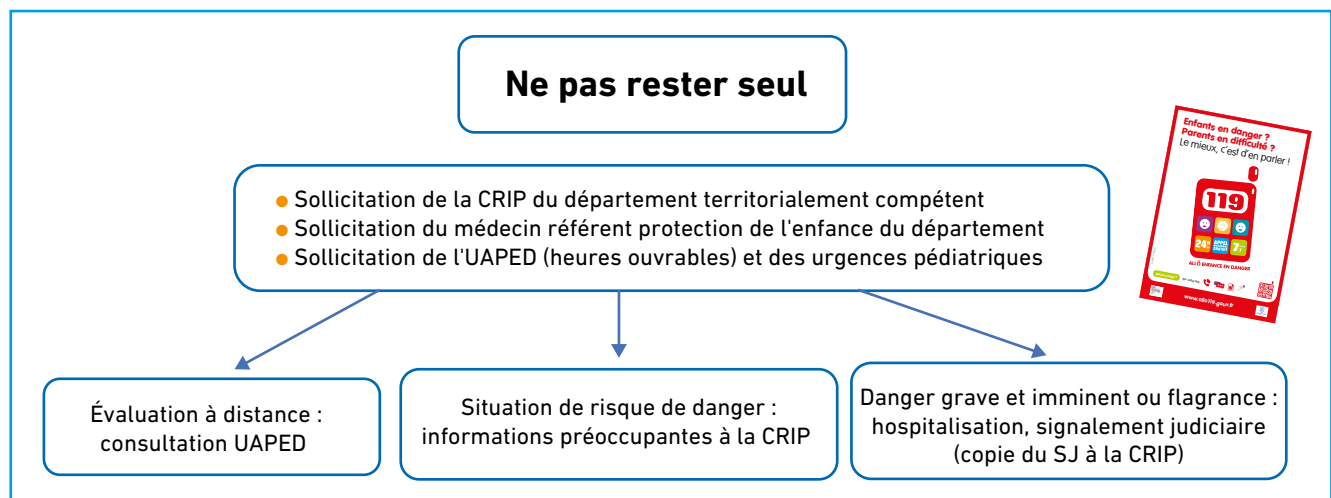


Fig. 1 : Conduite à tenir en cas de doute sur une situation de mineur en danger.

Revue générale

Pourquoi dénoncer des situations de violences ou de maltraitements sur mineurs ?

Les violences peuvent avoir des conséquences graves en santé à court, moyen et long termes. Certaines conséquences sont en lien direct avec la nature même de la violence subie.

Les conséquences psychiques sont bien identifiées, en particulier les syndromes de stress post-traumatiques.

À long terme, les violences et les négligences peuvent avoir des conséquences sur la santé au sens de la définition de l'OMS (1947). Certaines sont moins bien connues, en particulier les conséquences physiques. Pourtant, les travaux de Felitti *et al.* sont éloquentes sur les conséquences à long terme sur la santé globale des expériences négatives de l'enfance dont les violences font partie intégrante [4].

En outre, les risques encourus à long terme ne dépendent pas tant de la nature du traumatisme subi mais plus de la fréquence et de la répétition des situations de violence [5].

La mise en mot par le diagnostic et la transmission de situations de danger ont pour but de diminuer les occurrences de celles-ci et de faire en sorte que les mineurs redeviennent sujets de soins et recouvrent un état de santé le meilleur possible.

1. Développement somatique

D'un point de vue somatique, les violences et les négligences peuvent avoir un impact direct sur le développement psychomoteur de l'enfant, précocement et à court terme. Une modification brutale de la trajectoire développementale de l'enfant sans cause identifiable doit être un signe d'alerte pour les professionnels et acteurs de la petite enfance.

À long terme, les traumatismes dans l'enfance peuvent entraîner des consé-

quences graves à l'âge adulte sur l'ensemble des aspects de la santé telle que définie par l'OMS, avec une augmentation de la mortalité et de la morbidité. L'une des premières études sur le sujet a été publiée en 1998 par Felitti *et al.* [6].

"The adverse childhood experiences (ACE) study" prend en compte 9 508 adultes de plus de 18 ans ayant bénéficié d'une évaluation médicale standardisée. Elle étudie la relation entre l'état de santé de cette population et la survenue d'expériences négatives dans l'enfance.

Les expériences négatives sont au nombre de sept : violences psychologiques, physiques ou sexuelles, situations de violences conjugales, vivre avec un ou des membres de sa famille présentant des addictions, étant porteur(s) d'une maladie psychiatrique, ou ayant été incarcéré(s).

Cette étude a montré une relation statistique entre les expériences négatives dans l'enfance et la présence de maladies à l'âge adulte, notamment les cardiopathies ischémiques, le cancer, les maladies pulmonaires chroniques, les fractures du squelette et les maladies du foie. Il est démontré un effet cumulatif des expériences négatives sur l'état de santé à l'âge adulte.

Les différents travaux de Felitti *et al.* montrent un lien statistique avec la survenue de décès plus précoces que dans la population générale et la diminution du nombre d'années de vie en bonne santé.

Cette étude montre aussi que le fait d'être exposé à une expérience négative dans l'enfance est un facteur de risque à la survenue d'autres expériences négatives.

2. Développement psychique et compétences psychosociales

Un autre aspect, potentiellement le plus important car plus difficile à dépister et à quantifier, concerne la vulnérabilité

latente et l'atteinte des compétences psychosociales.

Les traumatismes subis dans l'enfance peuvent entraver très fréquemment, de façon plus ou moins importante, les relations interpersonnelles. Il est souvent constaté des altérations du fonctionnement social et cognitif (compréhension des informations, altération du raisonnement...) chez les personnes ayant subi des situations de violences dans l'enfance.

Ces altérations entraînent ensuite un risque augmenté de conduites à risque ainsi qu'un risque accru de subir des violences.

3. Maltraitance et situations de handicap

Le lien entre violence et handicap doit également être souligné.

Dans le rapport du Défenseur des droits de 2015, consacré aux droits de l'enfant, le pourcentage d'enfants pris en charge en protection de l'enfance et porteurs d'un handicap était d'environ 25 %.

Ce taux, particulièrement élevé, est environ sept fois supérieur à la prévalence des situations de handicap dans la population générale (2-4 %) [7]. Par ailleurs, il ressort du travail du Défenseur des droits, qu'en 2015, pour une très large majorité des enfants en protection de l'enfance, le handicap à l'origine d'une reconnaissance MDPH est un handicap psychique et mental, avec en particulier une surreprésentation des troubles du comportement, souvent sévères. Les handicaps sensoriels ou moteurs sont moins représentés [7].

Les situations de violences subies et de négligences peuvent conduire, par des mécanismes multiples, à des situations de handicap [8].

Par ailleurs, les personnes porteuses de handicap sont plus souvent victimes de

violences, qu'elles soient physiques, sexuelles ou verbales [9].

Ce lien étroit entre handicap et maltraitance doit conduire à une vigilance accrue chez les enfants porteurs de handicap quant à la survenue de maltraitances. L'évaluation de danger possible au sein des populations d'enfants porteurs de handicap doit aussi être adaptée afin d'être au plus près de leur réalité.

■ Rôle du professionnel

Les conséquences des traumatismes de l'enfance peuvent être réversibles et doivent être perçues comme évitables. En effet, il apparaît qu'elles sont intimement liées à l'environnement de l'enfant [10].

Il est essentiel d'identifier les ressorts d'amélioration de ces situations.

Des soins adaptés les plus précoces possible ainsi qu'un environnement sécurisant et cohérent atténuent les conséquences possibles des maltraitances [11].

C'est dans ce rôle de repérage précoce, de protection, d'accompagnement, de soins et de prendre soin qu'est le praticien, au cœur de ce qui est aujourd'hui considéré comme un véritable problème de santé publique [12].

Confronté à une situation de violence, le praticien doit penser les situations de façon plurielle, toujours centré sur l'enfant et ses besoins.

Dans un prendre soin constant des enfants et adolescents, il doit, concomitamment, à chaque fois, considérer et évaluer la nécessité de soins adaptés, de protection et de préservation de preuves médico-légales (*fig. 2*).

1. Positionnement des professionnels face à un diagnostic d'EED : l'annonce diagnostique

● Le professionnel face à un diagnostic d'enfant en danger

Poser le diagnostic d'enfant en danger requiert la même rigueur et la même démarche que pour tout autre diagnostic.

Pour exemple, devant des ecchymoses ou des hématomes suspects par leur aspect, leur nombre, leur localisation ou en raison de l'âge des enfants, il appartient au praticien de réfléchir tant sur le plan de la possibilité d'une pathologie médicale et en particulier hématologique que sur la possibilité de lésions infligées.

Toutefois, ce qui peut mettre les praticiens en difficulté est que la clinique de la violence est particulièrement déroutante car contre-intuitive. Les professionnels sont souvent mis à mal par l'accompagnement en consultation ou aux urgences des enfants en danger par leurs parents pour des demandes d'avis sur des tableaux cliniques dont ils connaissent l'origine alors que le praticien l'ignore. Il s'agit d'un renversement inhabituel et inconfortable des relations médecin-malade. On peut aussi citer comme élément contre-intuitif, la normalité des examens cliniques dans la très grande majorité des agressions sexuelles, l'identification d'un danger très grave et de mesure de protection nécessaire chez un enfant non déambulant présentant des lésions ecchymotiques minimes.

Un autre élément contre-intuitif est la co-occurrence possible d'une situation pathologique authentiquement organique et d'une situation de négligences ou de violences. La vulnérabilité des enfants porteurs d'une pathologie médicale les expose à la survenue plus fréquente de violences ou de négligences.

Ces diagnostics sont difficiles à faire car le déni des violences fait écran à leur réalité.

Le praticien qui exerce seul peut être mis à mal. Son isolement dans le traitement de ces situations est le miroir de l'isolement de l'enfant qui subit violences et négligences.

Demander de l'aide à des structures spécialisées, compétentes, et y réfléchir à plusieurs est l'une des solutions pour traiter au mieux ces situations.

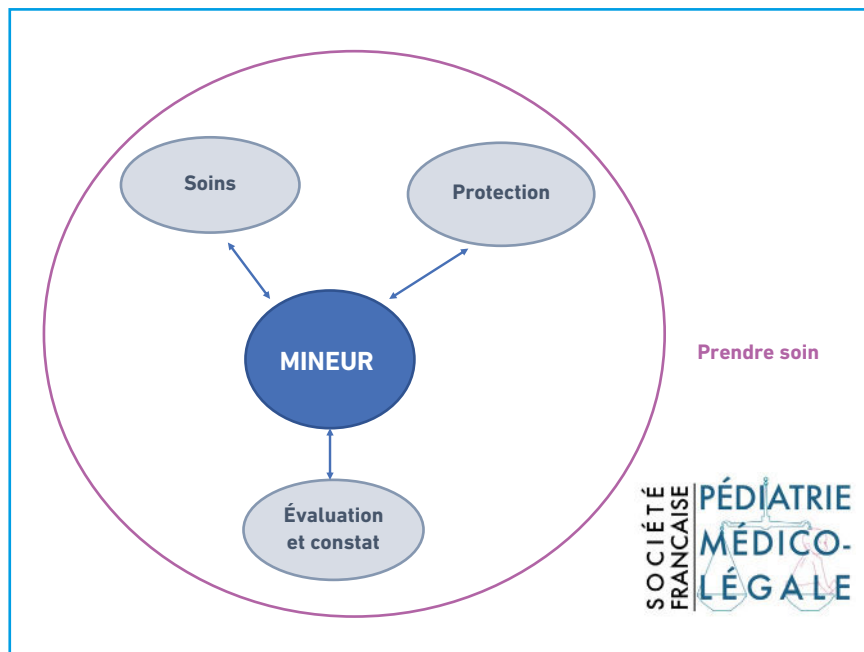


Fig. 2 : Perspectives en santé.

Revue générale

Sur le plan procédural, la seule suspicion de danger suffit pour le praticien à justifier la rédaction d'un écrit à destination des services en charge de la protection de l'enfance. Les professionnels soumis au secret peuvent se délier du secret dans le cadre précis de l'article 226-14 du CP pour signaler une situation.

Le rôle et le devoir du professionnel consistent à se rapprocher des autorités compétentes dès la présomption de violences (physiques, psychiques, sexuelles) ou de négligences lourdes, peu importe qu'elles soient effectives ou non. Ce qui le guide est l'urgence de la situation, la nécessité d'investigations à visée diagnostique ou judiciaire et le besoin de protection. Le professionnel n'a pas rôle d'enquêteur. Ce sont les autorités compétentes soit administratives soit judiciaires qui seront ensuite chargées d'établir la véracité des faits et l'auteur des violences. L'évaluation des situations n'aboutit pas obligatoirement à une mesure de protection, voire de placement.

● Annonce d'une situation de danger

Concernant l'information donnée aux familles, le professionnel doit les informer de ses inquiétudes et de la rédaction d'une information préoccupante sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant. Dans le contexte de signalement judiciaire, cette information des familles sera faite en lien avec le procureur de la République.

Il est souvent fait état de rupture possible de suivi dans le contexte de prise en compte de situations de danger par les praticiens.

Une des clefs dans la situation d'annonce de situation de danger est de se centrer sur l'enfant. Ayou *et al.* ont proposé une grille d'annonce permettant au professionnel de garder des repères dans ce moment difficile et de guider cette pratique autour des enfants [13].

POINTS FORTS

- Les praticiens ont une obligation de protection des mineurs.
- Les situations d'enfants en danger sont souvent impensables pour les praticiens. Il est important d'identifier avant tout sa propre aversion à voir et à concevoir ces situations.
- Il est important de pouvoir partager ses inquiétudes avec des acteurs de la protection de l'enfance au premier rang desquels figurent la CRIP et les médecins référents protection de l'enfance des départements. Les enfants peuvent être référés pour avis et consultation dans les services pédiatriques spécialisés que sont les UAPED.
- Le diagnostic de mineurs en danger doit être fait avec la même démarche rigoureuse que les diagnostics d'autres pathologies pédiatriques.
- Les praticiens doivent réunir les contacts utiles sur ce sujet sur leur territoire afin de pouvoir parer aux situations d'enfant en danger suspectées, situations toujours ressenties comme déstabilisantes, urgentes et graves.

Dans cette grille, la notion du temps est importante pour prévoir des entretiens de la bonne durée. En pratique quotidienne, les temps de consultation sont souvent trop courts, *a fortiori* quand la suspicion de danger n'est pas le motif de la rencontre entre le médecin et l'enfant. La programmation d'un temps plus long paraît opportune à chaque fois que cela est possible (*fig. 3*).

Ces préconisations sont aussi faites pour les annonces de signalement judiciaire ou d'information préoccupante [13].

Souvent vécue comme étant très difficile pour les enfants, les familles et les praticiens, l'annonce d'une situation de danger ou de la rédaction d'un écrit doit être pensée comme un soin et un prendre soin pour les enfants. Dans l'approche de cette annonce, les professionnels doivent avoir en tête que ces écrits sont rédigés au bénéfice des enfants et non contre un parent ou un tiers.

Cette annonce fait sortir les violences et les maltraitances du huis clos dans lequel elles ont pu être commises. Les profes-

P	Plusieurs : ne pas rester seul, même symboliquement en utilisant le "nous" et non le "je"
R	Rester soignant : ni enquêteur, ni juge
O	Obligation de protection envers le mineur
T	Temps d'entretien suffisant mais limité
E	Expliquer ce qui inquiète les professionnels
C	Centrer le discours sur l'enfant et ses besoins
T	Totalité de la prise en charge qui doit être globale

AYOU C, VABRES N, POUILLAUQUE C *et al.* Information préoccupante ou signalement dans les violences intrafamiliales : construction, validation et mise en application d'une grille d'annonce par technique de simulation en santé avec patients standardisés. *Encephale*, 2022;48:S34-S38.

Fig. 3 : Protect : grille d'annonce IP et signalement.

sionnels pourront se mettre ensemble au travail autour de la santé physique, psychique et sociale du mineur en considérant ses besoins et sa sécurité. Après avoir été objet de maltraitance, le mineur peut alors redevenir sujet de soins.

● Les freins identifiés à la rédaction d'une information préoccupante (IP) et/ou d'un signalement et comment les lever

Des études menées auprès des professionnels de santé mettent en évidence l'existence de freins majeurs intrinsèques et extrinsèques face aux situations de mineurs en danger : le déni des praticiens face aux violences, la crainte de se tromper, la formation insuffisante pour savoir qui contacter, l'impression de dénoncer, l'absence de collègue/équipe pour échanger sur les cas ren-

contrés... La méconnaissance et la complexité du dispositif sont aussi des facteurs souvent cités [12, 13].

S'il est indispensable de former les praticiens confrontés à ces situations difficiles à la clinique de la violence et de la négligence, il est essentiel de leur permettre d'avoir une habileté opérationnelle et un recours aisé aux services dédiés à cette problématique. C'est tout l'enjeu de l'acquisition de connaissances sur cette clinique particulière et de la mise en œuvre de compétences qui toutefois sont mises à mal par des durées de consultation de plus en plus courtes et contraintes.

2. Les partenaires à contacter

L'idéal est d'avoir pu, pour le praticien, constituer en dehors de toutes situations

urgentes "sa boîte à outils" effective sur son territoire (fig. 4).

Plusieurs acteurs peuvent être sollicités :

● La CRIP

La CRIP est composée d'une équipe pluridisciplinaire chargée de l'évaluation des éléments qui lui sont transmis. Elle est sous la responsabilité du président du conseil départemental. Elle centralise et organise le recueil, le traitement et l'évaluation de l'ensemble des informations préoccupantes qui lui sont adressées (L. 226-3 du CASF).

La finalité de la transmission d'une information préoccupante est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce

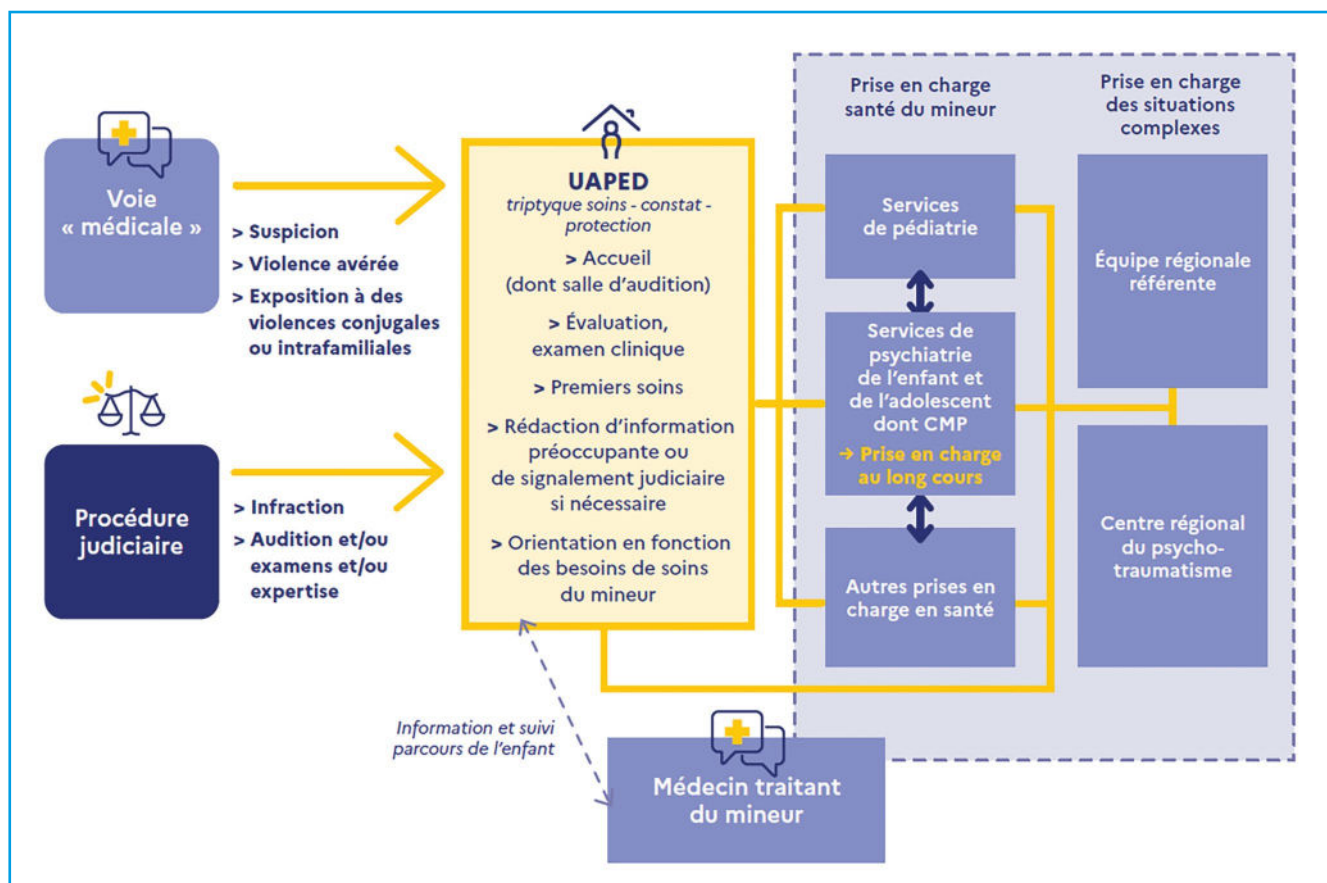


Fig. 4 : Parcours de soins – Mode d'entrée du mineur. Publication de DGOS/DGCS.

Revue générale

mineur et sa famille peuvent bénéficier (R. 226-2-2 du CASF).

Le médecin référent protection de l'enfance des départements

L'article 7 de la loi du 14 mars 2016 du CASF prévoit que, pour chaque département, soit désigné un médecin référent protection de l'enfance (MRPE) [14-15]. L'objectif était de rompre l'isolement des médecins libéraux, de les sensibiliser au repérage précoce et aux besoins en santé des mineurs de la protection de l'enfance et d'être identifiés comme personne recours.

Le MRPE contribue :

- au repérage des enfants en danger ou en risque de l'être, à l'information sur les conduites à tenir dans ces situations ainsi qu'à une meilleure prise en compte de la santé physique et psychique des enfants accompagnés par l'ASE ;
- à l'articulation entre les services départementaux intervenant dans le dispositif de protection de l'enfance, notamment le service de protection maternelle et infantile et la CRIP, ainsi qu'entre les services départementaux et les médecins libéraux, hospitaliers et scolaires ;
- à l'acquisition de connaissances partagées sur la protection de l'enfance entre l'ensemble des acteurs départementaux et médicaux (CASF, art. D.221-25).

Les échanges entre le MRPE des conseils départementaux et les médecins peuvent se faire de manière directe et permettent que le professionnel puisse être guidé dans la suite de la prise en charge de l'enfant. Cette fonction médicale au sein des conseils départementaux est de nature à rassurer les médecins sur le partage d'informations à caractère secret.

En effet, le partage d'informations concernant un mineur présumé en danger est autorisé entre personnes soumises au secret professionnel (loi du 5 mars 2007 et art. L.226-2-2 du CASF). Bien qu'elle permette de poser un cadre légal protecteur vis-à-vis des professionnels

et du secret professionnel, cette notion paraît difficilement accessible aux acteurs dans la pratique.

Les UAPED

Les Unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED) sont des dispositifs hospitaliers à double entrée : sollicitation médicale et/ou demande judiciaire. Elles ont été mises en place dans les suites de l'instruction relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences du 3/11/2021 [16].

Elles ont été déployées sur le territoire national à raison *a minima* d'une UAPED par département. L'objectif actuel est d'avoir une UAPED par tribunal judiciaire. Ces structures pédiatriques hospitalières sont les interlocuteurs privilégiés de l'ensemble des professionnels de santé, pour répondre aux demandes d'avis, de consultation, d'orientation voire d'hospitalisation en urgence dans les situations qui le nécessitent. L'alliance des compétences, en particulier pédiatriques et médico-légales, permet à ces structures de répondre aux réquisitions judiciaires tout en permettant la mise en place ou la restauration d'un parcours de soins. Ces unités peuvent être réactives et rapidement opérationnelles. Aussi, les situations dans lesquelles une protection urgente doit être mise en place peuvent conduire un médecin de terrain à hospitaliser en urgence un enfant par le biais des urgences pédiatriques.

Dans ces situations, les UAPED, unités de soins pédiatriques bénéficiant des compétences professionnelles des pédiatres, médecins légistes, pédopsychiatres, psychologues, infirmières puéricultrices, travailleurs sociaux, etc. sont là pour répondre à la nécessité de protection, de soins, de constat médico-légal, dans une démarche de prendre soin des mineurs. En complémentarité et en articulation avec les services des départements (CRIP et MRPE) et les services judiciaires, les UAPED sont les interlocuteurs hospitaliers des praticiens de terrain qui se posent la question d'une situation de danger ou de violences (fig. 4).

Conclusion

Les situations d'enfants en danger doivent être traitées avec la même rigueur clinique et diagnostique que les autres situations médicales rencontrées en pédiatrie.

L'enfant est au cœur du dispositif de soins qui est composé de nombreux acteurs.

L'hypothèse d'une situation de danger, au même titre que les autres hypothèses, lorsqu'elle est évoquée, doit être d'emblée énoncée en toute transparence aux parents comme cause possible des troubles cliniques constatés. Cela permet de créer un premier lien indispensable pour la suite, que l'hypothèse

	Téléphone	Courriel	Adresse
CRIP du...			
Médecin référent protection de l'enfance du CD			
UAPED			
Procureur de la République du TJ de...			
Urgences pédiatriques de...			
SNATED	119		
Autres			

Tableau 1 : Mineurs en danger. Boîte à outils à compléter.

soit infirmée ou confirmée peu à peu. Cette transparence viendra sécuriser l'ensemble des acteurs et le lien avec la famille et, surtout, avec l'enfant.

En ce sens, une approche toujours centrée sur l'enfant permet d'éclairer la réflexion et la pratique clinique.

Les suspicions de danger, lorsqu'elles sont repérées par les praticiens, sont difficiles à traiter. Il se dégage classiquement de ces moments professionnels la nécessité ou l'urgence d'agir mais aussi une sorte d'inertie, voire de paralysie, face au sujet complexe de l'enfance en danger. Afin de pallier ces éprouvés professionnels dans ces situations de danger suspectées ou repérées, apprivoiser cette clinique pédiatrique particulière grâce à des connaissances cliniques solides, la reconnaissance de freins propres à chacun et la connaissance de ses correspondants, permettra de traiter le sujet de l'enfance en danger ni trop tôt, ni trop tard (**tableau I**).

BIBLIOGRAPHIE

- Legifrance. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [Internet]. 2007-293 mars 5, 2007. [cité 29 août 2024] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000823100/>
- Legifrance. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1) [Internet]. 2016-297 mars 14, 2016. [cité 29 août 2024] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032205234>
- BALENÇON M. Elsevier Masson SAS. [cité 29 août 2024]. Pédiatrie médico-légale | Livre | 9782294764745. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/pediatrie-medico-legale-9782294764745.html>
- FELITTI VJ, ANDA RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Pain C, Vermetten E, Lanius RA, éditeurs. *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2010 [cité 24 août 2024]. p. 7787. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/books/impact-of-early-life-trauma-on-health-and-disease/the-relationship-of-adverse-childhood-experiences-to-adult-medical-disease-psychiatric-disorders-and-sexual-behavior-implications-for-health-care/8DA0DF3A5F8948CF3DC83555C7D6A5EF>
- CHARTIER MJ, WALKER JR, NAIMARK B. Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Negl*, 2010; 34:454-464.
- FELITTI VJ, ANDA RF, NORDENBERG D *et al*. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 1998;14:245-258.
- Défenseur des Droits [Internet]. [cité 24 août 2024]. Rapport annuel 2015 sur les droits de l'enfant : Handicap et protection de l'enfance, des droits pour des enfants invisibles. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-annuel-2015-sur-les-droits-de-lenfant-handicap-et-protection-de-lenfant-des-droits-pour>
- LUM JAG, POWELL M, TIMMS L *et al*. A meta-analysis of cross sectional studies investigating language in maltreated children. *J Speech Lang Hear Res*, 2015;58:961-976.
- BARADJI E, FILATRIAU O. Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 24 août 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-handicapees-sont-plus-souvent-victimes-de-violences>
- MARRYAT L, FRANK J. Factors associated with adverse childhood experiences in Scottish children: a prospective cohort study. *BMJ Paediatr Open*, 2019;3:e000340.
- STIRLING J, GAVRIL A, BRENNAN B *et al*. The pediatrician's role in preventing child maltreatment: clinical report. *Pediatrics*, 2024;154:e2024067608.
- FANG X, BROWN DS, FLORENCE CS *et al*. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse Negl*, 2012;36:156-165.
- AYOU C, VABRES N, POUILLAUUEC C *et al*. Information préoccupante ou signalement dans les violences intrafamiliales: construction, validation et mise en application d'une grille d'annonce par technique de simulation en santé avec patients standardisés. *L'Encéphale*, 2022;48:S34-38.
- AYOU C, GAUDUCHEAU E, ARRIETA A *et al*. Évaluation des connaissances et des pratiques des pédiatres de Bretagne concernant la protection de l'enfance. *Arch Pédiatrie*, 2018;25:207-212.
- BALENÇON M, ARRIETA A, YOU CA *et al*. Protection de l'enfance: connaissance et place des médecins généralistes en Ile-et-Vilaine. *Arch Pédiatrie*, 2016;23:21-26.
- Instruction N°DGOSR4R3R22021220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences [cité 29 août 2024]. Disponible sur: https://www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.