

E.A.J.E Les p'tites Merveilles
3, Rue Jean Médecin- 06430 Tende
Tel : 04.93.04.75.24 -06.78.20.57.02
Mail : creche.municipale.tende@wanadoo.fr

Annexe 4

Protocole

**détaillant les conduites à tenir et les mesures
à prendre en cas de suspicion de maltraitance**

ou

de situation présentant un danger pour l'enfant



1. Messages clés**4****2. Préambule****4****3. Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?****5****3.1 La situation**3.1.1 chez l'enfant3.1.2 chez les parents**3.2 L'anamnèse**3.2.1 chez le nourrisson3.2.2 à tout âge devant**3.3 Des signes physiques**3.3.1 Ecchymoses3.3.2 Brûlures3.3.3 Morsures3.3.4 Fractures3.3.5 Lésions viscérales**3.4 Des signes de négligences lourdes****3.5 Des signes de maltraitance psychologique****3.6 Des signes comportementaux de l'entourage**3.6.1 vis-à-vis de l'enfant3.6.2 vis-à-vis des intervenants**4. Que rechercher et comment ?****8****4.1 À l'examen clinique****4.2 Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant****4.3 Au cours de l'entretien avec l'enfant****4.4 À l'imagerie réalisée en milieu hospitalier**4.4.1 chez un nourrisson4.4.2 à tout âge**5. Notes dans le dossier du patient et le carnet de santé****9****6. Décisions possibles pour protéger l'enfant****9****6.1 Quelques règles de base****6.2 Décisions possibles**6.2.1 En situation d'urgence6.2.2 En dehors des situations d'urgence6.2.3 En amont du danger**7. Obligations et risques pour le médecin****11**

8. Cas particuliers**11****8.1 Mort inattendue du nourrisson (MIN)**8.1.1 Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique avec la famille8.1.2 Conduite à tenir par le premier intervenant sur place8.1.3 Quand alerter l'autorité judiciaire ?8.1.4 Établissement du certificat de décès**8.2 Syndrome du bébé secoué**8.2.1 Signes orientant vers une atteinte neurologique8.2.2 Signes non spécifiques d'atteinte neurologique8.2.3 Examen clinique8.2.4 Anamnèse8.2.5 Conduite à tenir en urgence**9. Maltraitance sexuelle intrafamiliale****14****9.1 Le dévoilement du mineur****9.2 Signes d'appel**9.2.1 Signes généraux9.2.2 Signes au niveau de la sphère génito-anales9.2.3 Comportement du mineur9.2.4 Comportement de l'entourage**9.3 Examen psychique**9.3.1 Un syndrome psycho traumatique9.3.2 et aussi**9.4 Examen physique****10. Le recueil des faits****16****11. Le signalement ou la transmission d'informations préoccupantes****17****11.1 Doute****11.2 Urgence****Annexe : Fiche de signalement****18**

Mentions légales

21

1. Messages clés

Y penser souvent :

- la maltraitance chez l'enfant est plus fréquente qu'on ne le croit ;
- elle existe dans toutes les classes sociales ;
- il faut y penser en consultation même devant des signes non spécifiques.

Ne pas rester seul face au doute et savoir se faire aider.

Protéger l'enfant est un acte médical et une obligation légale :

- le médecin ou un autre professionnel de santé n'a pas à être certain de la maltraitance, ni à en apporter la preuve, pour alerter l'autorité compétente.

2. Préambule

La maltraitance est définie par le non-respect des droits et des besoins fondamentaux des enfants (santé ; sécurité ; moralité ; éducation ; développement physique, affectif, intellectuel et social) (cf. article 375 du Code civil, annexe 1.1). La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a remplacé la notion de maltraitance par celle de danger (qui inclut la maltraitance).

La présente fiche mémo « Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir » concerne les enfants maltraités comme ceux en risque de l'être.

Cette fiche est dans la continuité des travaux déjà engagés par la HAS sur la question des violences interpersonnelles et de leur impact sur la santé.

Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé en situation d'observation clinique de l'enfant avec une insistance plus particulière sur la place des médecins compte tenu de leur rôle décisionnel. Elle concerne donc les : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ; médecins et puéricultrices de PMI ; médecins et infirmières scolaires ; médecins et paramédicaux hospitaliers (notamment des urgences, des services de pédiatrie et de radiologie) ; sages-femmes ; médecins et paramédicaux des structures d'accueil de la petite enfance, et des services médico-sociaux.

Plus de 80 % des mauvais traitements sont infligés au sein de la famille. La maltraitance est caractérisée par son début précoce et sa chronicité.

La difficulté et la complexité des situations, ainsi que le fort sentiment d'isolement du professionnel, expliquent la nécessité de mettre à la disposition des professionnels des informations claires et précises pour les aider dans le repérage des violences chez l'enfant.

Cette fiche se présente en trois parties :

- le repérage de la maltraitance et les décisions qui lui font suite ;
- les documents déjà élaborés par la HAS relatifs à trois situations particulières : la mort inattendue du nourrisson, le syndrome du bébé secoué, les maltraitements sexuelles intrafamiliales ;
- deux annexes :
 1. les aspects législatifs et réglementaires ;
 2. le modèle de signalement établi par l'ordre des médecins, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et de la Famille et les associations de protection de l'enfance.

3. Qu'est-ce qui doit faire penser à une maltraitance d'un enfant ?

3.1 La situation

Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :

3.1.1 chez l'enfant :

- la prématurité,
- des troubles du développement et/ou du comportement,
- le handicap

3.1.2 chez les parents :

- tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du post-partum, etc.),
- des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance
- des violences conjugales,
- des addictions,
- l'isolement social et surtout moral,
- des troubles psychopathologiques.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

3.2 L'anamnèse

Une maltraitance est à évoquer :

3.2.1 chez le nourrisson :

- en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;

3.2.2 à tout âge devant :

- des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
- une lésion pour laquelle :
 - il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué,
 - l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
- un retard de recours aux soins,
- des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
- des antécédents d'accidents domestiques répétés,
- une ou plusieurs tentatives de suicide,
- des fugues et conduites à risque,
- une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,

- des faits de maltraitance dans la fratrie.

3.3 Des signes physiques

3.3.1 Ecchymoses

- Sont évocatrices d'une maltraitance les :
 - ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche) ;
 - ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
 - ecchymoses multiples d'âge différent ;
 - ecchymoses de grande taille ;
 - ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Les contusions (ecchymoses et hématomes) sont suspectes en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

3.3.2 Brûlures

Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;
- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette) ;
- brûlures qui atteignent les plis ;
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée) ;
- lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

3.3.3 Morsures

Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée.

3.3.4 Fractures

Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

- chez un nourrisson :
 - toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur) ;
- à tout âge :
 - les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie (cf. infra)

3.3.5 Lésions viscérales

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter.

Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscère creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un

mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance. L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.)

3.4 Des signes de négligences lourdes

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

3.5 Des signes de maltraitance psychologique

- chez le nourrisson : troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement ;
- à tout âge : discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales. Des signes comportementaux de l'enfant
- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire ;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard ;
- des troubles du sommeil, des cauchemars ;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) ;
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé ;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

3.6 Des signes comportementaux de l'entourage

3.6.1 vis-à-vis de l'enfant :

- parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale, parlant à la place de l'enfant,
- ou, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis de l'enfant (absence de regard, de geste, de parole),
- parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec l'enfant,
- parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires source de carences, malgré des avis médicaux répétés ;

3.6.2 vis-à-vis des intervenants :

- minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dire de l'enfant,
- dénigrement ou accusation de l'enfant,
- refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable,
- ou attitude d'hyper recours aux soins,
- attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé

4. Que rechercher et comment ?

4.1 À l'examen clinique

Il s'agit d'un examen clinique complet de l'enfant dévêtu comprenant :

- la mesure des paramètres de croissance (périmètre crânien, taille, poids) et leur report sur les courbes ;
- l'évaluation de son développement psychomoteur et de ses capacités ;
- un examen cutané rigoureux, à la recherche de traces de violence sur l'ensemble du corps ;
- un examen des muqueuses notamment de la cavité buccale à la recherche de lésions dentaires et muqueuses ;
- une palpation généralisée à la recherche de signes de fractures, d'hémorragie interne par atteinte viscérale (défense abdominale, douleur, masse...) ;
- une observation du comportement de l'enfant et de son entourage durant l'examen clinique.

4.2 Au cours de l'entretien avec l'entourage de l'enfant

Il est recommandé de s'entretenir avec la famille ou l'entourage, en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement. L'objectif est de recueillir des informations concernant :

- les antécédents médicaux personnels et familiaux ;
- les événements de vie qui ont pu affecter l'enfant ;
- le comportement habituel de l'enfant, l'environnement dans lequel il vit ;
- l'environnement familial (nombre d'enfants, y compris les ½ frères et sœurs ; stabilité du couple, règles éducatives ; conflits ; violences conjugales ; antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents) ;
- la relation parent-enfant (favorable, hostile ou indifférente).

Lors de l'entretien, il faut garder à l'esprit que l'accompagnateur (parent ou adulte de l'entourage) peut être l'auteur présumé ou un témoin passif.

4.3 Au cours de l'entretien avec l'enfant

Il est recommandé d'avoir un entretien seul avec l'enfant dès que son âge le permet et avec son accord, et de :

- débiter l'entretien par des questions d'ordre général (relatives à l'école, à ses conditions de vie à la maison, ses loisirs, ses relations avec sa famille, ses copains) ;
- laisser l'enfant s'exprimer spontanément, en évitant de reformuler ou d'interpréter ses propos, en respectant les silences et en privilégiant les questions ouvertes, en lui montrant qu'on croit sa parole.

L'objectif est de préciser l'origine des lésions observées, de rechercher d'éventuelle discordances entre les lésions observées et les explications données

4.4 À l'imagerie réalisée en milieu hospitalier

Sur les radios, certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

4.4.1 chez un nourrisson (radiographie du squelette complet) :

- fractures des côtes notamment des arcs moyens et postérieurs (bébé serré fortement ou secoué),
- fractures des extrémités (orteils, doigts : par torsion) ;

4.4.2 à tout âge :

- fractures métaphysaires : petits arrachements osseux provoqués par des gestes de traction et de torsion,
- fractures complexes du crâne (avec d'éventuels dégâts cérébraux),
- décollements épiphysaires (humérus distal et proximal, fémur),
- réactions périostées (par torsion),
- fractures diaphysaires des os longs par coup direct (transverse) ou par torsion (oblique ou spiroïde)

5. Notes dans le dossier du patient et le carnet de santé

Toutes les données recueillies au cours de l'examen clinique doivent être consignées dans le dossier du patient. Les propos de l'enfant et de la famille sont retranscrits mot pour mot, entre guillemets, tels qu'ils ont été entendus ou observés, en évitant tout commentaire, interprétation ou appréciation personnelle. Les diverses lésions peuvent être retranscrites sur un schéma. Elles devraient être, dans la mesure du possible, photographiées.

Dans le carnet de santé (outil de liaison entre les différents professionnels de santé) ne sont reportées que les données objectives relatives au développement de l'enfant et à la pathologie observée.

6. Décisions possibles pour protéger l'enfant

6.1 Quelques règles de base

Le médecin est tenu de protéger l'enfant (art. 43 et 44 du Code de déontologie médicale [annexe 1.2]).

Il existe des situations où l'hospitalisation immédiate est nécessaire :

- lorsque l'enfant est un nourrisson ;
- lorsqu'il existe un risque médical important, voire vital ;
- lorsque la mise à l'abri de l'enfant est nécessaire.

Le médecin peut être amené à rédiger un certificat médical initial (ITT) qui ouvrira des droits à réparation.

6.2 Décisions possibles

6.2.1 En situation d'urgence

En cas d'urgence vitale, appel du SAMU centre 15 pour transfert de l'enfant à l'hôpital qui doit faire le signalement.

En cas de danger important, nécessité de mise à l'abri immédiate de l'enfant (forte suspicion de maltraitance avec auteur présumé au domicile de l'enfant), il faut :

- hospitaliser sans délai : prévenir le senior des urgences et s'assurer de la venue effective de l'enfant ;
- informer le procureur de la République par téléphone et adresser le signalement par fax et courrier en gardant une copie (annexe 2). Le signalement est réalisé, après concertation, soit par le médecin qui adresse l'enfant, soit par l'hôpital.

6.2.2 En dehors des situations d'urgence

Compte tenu de la complexité des situations d'enfants en danger et en risque de danger, les réflexions doivent se faire de façon collégiale avec notamment le médecin scolaire et/ou le médecin de PMI.

Ces situations relèvent de la compétence du conseil général et doivent faire l'objet d'une « information préoccupante » transmise à la cellule départementale de recueil d'évaluation, et de traitement des informations préoccupantes (CRIP) par téléphone et fax et/ou courrier.

La CRIP a également un rôle de conseil pour les professionnels lorsqu'ils sont dans le questionnement et le doute à propos de la situation d'un enfant.

Quel que soit le degré d'urgence, informer les parents de ses inquiétudes par rapport à l'enfant sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

6.2.3 En amont du danger

Avant la naissance : il faut porter attention aux situations à risque décelées notamment lors de l'entretien prénatal précoce (repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective) (cf. RBP Préparation à la naissance et à la parentalité – HAS 2005), et orienter les familles vers les structures de soutien mère - bébé existantes (PMI, CAMSP, CMPP, CMP, services sociaux)

7. Obligations et risques pour le médecin

Comme tout citoyen, le médecin est tenu de porter assistance à l'enfant, et la non-assistance vise « non pas le fait de ne pas parler, mais le fait de ne pas agir » (pour protéger l'enfant). Il n'y a ici aucune exception, professionnels et non-professionnels y sont soumis. Dans le doute, le médecin peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'Ordre. S'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri, il DOIT la signaler aux autorités judiciaires, c'est-à-dire au procureur de la République (voir annexe 1.2).

Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles : constatation et description de lésions sans interprétation quant à leur origine, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation éventuelle du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de nom cité (voir le modèle de certificat de signalement présenté en annexe 2)

8. Cas particuliers

8.1 Mort inattendue du nourrisson (MIN)

Les décès par homicide, tout particulièrement ceux de la première année de vie (infanticides), sont, selon la littérature internationale, fortement sous-estimés dans tous les pays. Il n'est pas rare que, lors de la certification des décès, il y ait des confusions entre homicide, accident, et MIN, ce dernier diagnostic recouvrant des réalités très polymorphes.

8.1.1 Conduite à tenir lors du premier contact téléphonique avec la famille

En cas de suspicion de décès ou de décès avéré d'un nourrisson et si les personnes qui ont trouvé l'enfant inanimé n'ont pas directement alerté le centre 15 :

- il est recommandé au professionnel de santé (médecin de famille, médecin urgentiste, etc.) ou à la structure de secours (pompiers, etc.) qui reçoit l'appel téléphonique de contacter immédiatement un médecin régulateur du centre 15

8.1.2 Conduite à tenir par le premier intervenant sur place

Sur le lieu de l'intervention, en urgence, il est recommandé :

- de procéder à un examen complet de l'enfant dénudé (noter les lésions cutanéomuqueuses, lividités, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition, etc.) ;
- de s'entretenir avec chacune des personnes présentes (entretien si possible mené par le même intervenant et recherchant d'éventuelles discordances ou incohérences) ;
- de procéder à un examen détaillé du lieu du décès ;
- d'organiser une prise en charge systématiquement médicalisée de l'enfant et des parents ;
- de remplir une fiche d'intervention (lien RBP HAS Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans)) afin de recueillir tous les éléments d'information notés sur place ;
- d'organiser le transport du corps de l'enfant vers un centre de référence MIN (médecin sur place ou centre 15) en accord avec les parents ;
- de recueillir le carnet de santé et les ordonnances récentes de l'enfant

8.1.3 Quand alerter l'autorité judiciaire ?

La question du signalement peut se poser à tout moment de la prise en charge s'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, et quel que soit le lieu du décès (domicile ou chez un tiers, etc.). Certains signes (ecchymoses multiples ou d'âge différent, morsures, brûlures de cigarette, maigreur extrême) font d'emblée fortement évoquer une maltraitance et requièrent un signalement judiciaire immédiat (appel au procureur de la République).

Dans ce cas, il est important d'informer les parents (ou le tiers) de la démarche qui a été engagée et de leur expliquer les éléments d'observation qui ont conduit au signalement.

Dans les autres cas, la situation sera évaluée au cas par cas aussi bien sur le lieu du décès qu'à l'hôpital, à la lumière des résultats des premières investigations médicales (dont l'autopsie).

8.1.4 Établissement du certificat de décès

Dans ce contexte particulier, il faut établir le certificat de décès en deux étapes.

Lors de la constatation du décès, compléter un certificat de décès à transmettre à l'état civil :

- partie administrative : si décès non suspect cocher la case « prélèvements en vue de rechercher la cause du décès », si décès suspect cocher la case « obstacle médico-légal » (article 81 du Code civil) ;
- partie médicale : mentionner la cause la plus probable du décès.

Un certificat médical de décès complémentaire sera rempli à l'issue des explorations diagnostiques.

8.2 Syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué est un traumatisme crânien infligé par secouement.

Il survient la plupart du temps chez un nourrisson de moins de 1 an, souvent moins de 6 mois.

Le taux de récurrence du secouement est élevé : plus de la moitié des enfants ont été secoués de façon répétée. Il faut donc détecter le plus tôt possible les premiers signes de violence.

La méconnaissance du diagnostic est fréquente et expose au risque de récurrence et donc de séquelles sévères persistantes ou de décès. Le coût humain et financier de ce syndrome est considérable.

Dans les cas les plus graves, l'enfant est trouvé mort.

8.2.1 Signes orientant vers une atteinte neurologique

- malaise grave, troubles de la vigilance allant jusqu'au coma, apnées sévères, convulsions, hypotonie, grande pâleur, plafonnement du regard, évoquant une atteinte grave avec hypertension intracrânienne aiguë, voire un engagement ;
- autres signes : moins bon contact, diminution des compétences de l'enfant.

8.2.2 Signes non spécifiques d'atteinte neurologique

- modifications du comportement (irritabilité, modifications du sommeil ou des prises alimentaires), vomissements, sans fièvre, sans diarrhée, souvent catalogués à tort de gastro-entérite, pauses respiratoires, pâleur, bébé douloureux.

8.2.3 Examen clinique

Complet, sur un nourrisson dévêtu, comportant la palpation de la fontanelle, la mesure du périmètre crânien qu'il faut reporter sur la courbe en cherchant un changement de couloir, la recherche d'ecchymoses sur tout le corps, y compris sur le cuir chevelu, la face, sur et derrière les oreilles, l'intérieur de la bouche, le cou, les creux axillaires.

Intérêt majeur de l'association de certains signes, par exemple :

- association de vomissements avec une tension de la fontanelle, des convulsions, une hypotonie axiale, un trouble de la vigilance ;
- association de convulsions avec une hypotonie axiale, une tension de la fontanelle ;
- tension de la fontanelle avec cassure vers le haut de la courbe de périmètre crânien

8.2.4 Anamnèse

- absence d'intervalle libre : le secouement entraîne immédiatement des symptômes ; mais il peut y avoir un délai entre le secouement et la consultation ;
- retard de recours aux soins ;
- absence d'explications des signes, ou explications incompatibles avec le tableau clinique ou le stade de développement de l'enfant, ou explications changeantes ;
- histoire spontanément rapportée d'un traumatisme crânien minime ;
- consultations antérieures pour pleurs ou traumatisme quel qu'il soit ;
- histoire de mort(s) dans la fratrie.

8.2.5 Conduite à tenir en urgence

- faire part aux parents de son inquiétude sur l'état de l'enfant ;
- poser l'indication d'une hospitalisation en urgence pour que des examens soient réalisés ;
- se mettre en contact avec l'équipe hospitalière avant d'y adresser l'enfant ;
- s'assurer que le bébé est amené à l'hôpital par ses parents ;
- à l'issue des investigations cliniques et paracliniques, le signalement sera fait à la justice avec copie à la CRIP

9. Maltraitance sexuelle ~~intrafamiliale~~

La maltraitance sexuelle envers un mineur est définie par le fait de forcer ou d'inciter ce dernier à prendre part à une activité sexuelle avec ou sans contact physique, et/ou l'exploiter sexuellement.

9.1 Le dévoilement du mineur

Les faits évoqués peuvent être actuels ou plus anciens et dévoilés alors qu'ils sont terminés.

Il peut s'agir d'un dévoilement fortuit, ou à l'occasion d'un besoin de se confier à un tiers ou d'une révélation délibérée.

Le dévoilement est parfois fluctuant (le mineur peut se rétracter ou varier dans ses propos), d'où l'importance d'être en alerte pour y penser quel que soit le contexte de révélation.

9.2 Signes d'appel

Aucun des signes d'appel rapportés ci-dessous n'est caractéristique d'une maltraitance sexuelle. Ces signes sont d'autant plus évocateurs lorsqu'ils s'associent entre eux, ils se répètent, ils s'inscrivent dans la durée, ils ne trouvent pas d'explications rationnelles.

9.2.1 Signes généraux :

Manifestations très variées non spécifiques de ce type de maltraitance, par exemple : troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil, difficultés scolaires, ou des signes somatiques et fonctionnels non spécifiques (douleurs abdominales isolées, céphalées, etc.)

9.2.2 Signes au niveau de la sphère génito-anale

• Certains signes peuvent être évocateurs : s'ils sont observés chez l'enfant prépubère (ces signes étant moins évocateurs chez l'adolescent) ; si aucune cause médicale n'est retrouvée ; ou si aucune pathologie médicale n'est diagnostiquée ; d'autant plus, s'ils sont répétés.

- Les signes les plus évocateurs sont :
- les saignements,
- les pertes génitales ;
- les irritations ou les prurits génitaux ;
- les douleurs génitales ou anales ;
- les troubles mictionnels ;
- les infections urinaires récurrentes chez la fille prépubère.

9.2.3 Comportement du mineur :

Il n'existe pas de manifestations spécifiques de la maltraitance sexuelle. '

9.2.4 Comportement de l'entourage :

Être attentif au comportement de l'adulte vis-à-vis du mineur, vis-à-vis du professionnel ainsi qu'à l'attitude des adultes entre eux

9.3 Examen psychique

Il a pour but de rechercher des signes évocateurs mais non spécifiques :

9.3.1 Un syndrome psycho traumatique :

- des signes d'intrusion des traumatismes (cauchemars à répétition, images répétitives des agressions en flashback spontané ou provoqué par des événements, etc.),
- des comportements d'évitement (des pensées, des activités, des lieux liés aux agressions, sentiment de détachement et/ou de restriction des affects, etc.),
- des symptômes neurovégétatifs : troubles du sommeil, hypervigilance, réactions de sursaut spontané, irritabilité, accès de colère, troubles de la concentration, etc. ;

9.3.2 et aussi :

- un état dépressif ;
- des troubles du comportement (dans les sphères sexuelle, relationnelle, scolaire) ;
- des troubles des conduites ;
- une altération du développement intellectuel et affectif du mineur.

9.4 Examen physique

Est à adapter selon le mode d'exercice du médecin, son expérience, les moyens dont il dispose et les circonstances de découverte. Il est aussi adapté à l'âge du mineur et orienté en fonction des signes d'appel et des propos du mineur.

L'absence de signe à l'examen physique n'élimine pas une agression à caractère sexuel même si les données de l'examen ne sont pas corrélées aux dires du mineur.

L'examen génital et anal est à faire si le médecin le juge utile. Un examen génital et anal normal n'élimine pas la possibilité d'une maltraitance sexuelle (les lésions très suspectes sont très rares, les infections sexuellement transmissibles sont exceptionnelles chez l'enfant, et rares chez l'adolescente dans ces situations).

Les situations justifiant un examen en urgence sont :

- médico-judiciaires : si agression depuis moins de 72 heures, avec notion de pénétration : pour rechercher des lésions récentes ;
- médico-chirurgicales : signes somatiques ou psychiques sévères (lésions chirurgicales, perturbation psychologique aiguë, etc.).

En cas de forte présomption de maltraitance sexuelle et contact permanent ou fréquent avec l'agresseur : assurer la protection immédiate de l'enfant en danger (signalement avec ou sans hospitalisation).

10. Le recueil des faits

Les professionnels de la Petite Enfance sont tenus au secret professionnel (article 226-13 du Code Pénal). La loi du 5 mars 2007 leur permet cependant la communication et le partage d'informations à caractère secret dans l'intérêt de l'enfant.

La responsable de la structure, ou son adjointe, et le référent « santé et accueil inclusif » recueillent les observations de l'équipe qui doivent être les plus objectives et factuelles possible.

Elles sont notées dans un registre dédié précisant :

- La date de l'observation des signes ;
- Leur nature (physique, psychologique, comportementale, négligence) ;
- Le cas échéant, la localisation des signes physiques sur le corps de l'enfant, leur nature (plaie, brûlure, ecchymose, ...) ;
- Les informations données par la famille concernant les signes observés.

La responsable de la structure, ou son adjointe, s'entretient avec la famille en posant des questions ouvertes, sans porter de jugement, pour recueillir des informations qui pourraient expliquer ce qui a été observé ou pour déceler des signes qui doivent alerter.

Le registre dédié au recueil des faits est conservé par la responsable de la structure et son adjointe dans un meuble dédié aux informations confidentielles. Pour des raisons de confidentialités, il n'est pas accessible aux autres professionnels de la structure ni au public.

11. Le signalement ou la transmission d'informations préoccupantes

L'article 434-3 du Code Pénal prévoit que « Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives ou de continuer à ne pas informer ces autorités tant que ces infractions n'ont pas cessé est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Lorsque le défaut d'information concerne une infraction mentionnée au premier alinéa commise sur un mineur de quinze ans, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende».

11.1 Doute

Lorsqu'un professionnel de la petite enfance est dans le questionnement ou le doute à propos de la situation d'un enfant, il prend contact avec :

- **L'Antenne Départementale de Recueil, d'Evaluation et de Traitement des Informations Préoccupantes (ADRET)** du conseil Départemental des Alpes Maritimes

Conseil départemental des Alpes Maritimes
ADRET
147, Bd du Mercantour – Bat Audibergue
BP 3007 – 06201 Nice cedex 3
Tél. 04.89.04.29.00 (du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30)
Courriel : protectiondelenfance@departement06.fr

- **Enfance en danger } 119**

11.2 Urgence

En cas d'urgence ou après 17h30, notamment en cas de nécessité de protection immédiate de l'enfant :

- Monsieur le Procureur de la République de Nice
ttr.pr.tgi-nice@justice.fr
- Cadre d'astreinte de la direction de l'enfance du lundi au vendredi de 17h à 9h ainsi que les weekend et jours fériés : 06.64.05.22.67

La loi du 5 mars 2007 prévoit que les parents doivent être informés de la transmission d'une information préoccupante à la cellule départementale, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Cette information permet le plus souvent de maintenir la relation de confiance lorsque les parents comprennent l'inquiétude des professionnels et le désir de leur venir en aide.



FICHE DE TRANSMISSION
D'UNE INFORMATION PREOCCUPANTE

DATE : / /

À adresser :

- Par télécopie ☎ 04.89.04.29.01
- Par mail protectiondelenfance@departement06.fr
- Par voie postale

Éléments concernant l'auteur de l'information :

Nom :Prénom :Qualité :

Structure :

Adresse :

.....

Téléphone :

Identification du mineur concerné :

Nom :Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse.....

Nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, tél. du parent 1 :

.....

Nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, tél. du parent 2 :

.....

Identification des autres mineurs présents au domicile familial :

Nom :Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nom :Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nom :Prénom :

Date et lieu de naissance :

Nom :Prénom :

Date et lieu de naissance :

Mentions légales

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique, destiné à la gestion de l'information pré occupante et ses suites éventuelles. Le Département des Alpes-Maritimes est le responsable de traitement.

La base légale du traitement est l'exécution d'une mission d'intérêt public relevant de l'autorité publique (Article 6-1 e du Règlement général sur la protection des données) et s'inscrit dans le cadre réglementaire suivant

- Code de l'action sociale et des familles et notamment les articles L 221-1 ; L 221-3
- Code civil, et notamment l'article 375
- Délibération n° 2013-372 du 28 novembre 2013 portant autorisation unique de traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par les conseils généraux à des fins de gestion des informations préoccupantes relatives à l'enfance en danger et de transmission d'informations entre départements aux fins de suivi des enfants en danger ou risquant de l'être en application de l'article L. 221-3 du code de l'action sociale et des familles et abrogeant la délibération n° 2011-080 du 17 mars 2011 (décision d'autorisation unique AU-028)
- Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels

Les données enregistrées sont celles du formulaire, de la Délibération n° 2011-080 du 17 mars 2011 portant autorisation unique (AU-028) de traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par les conseils généraux à des fins de gestion des informations préoccupantes relatives à l'enfance en danger et du Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département à savoir

- le Service de l'enfance, de la jeunesse et de la Parentalité,
- L'Adret, les Maisons des Solidarités Départementales, les Unités de Protection de l'Enfant et le cas échéant, en fonction des suites, le parquet.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales.

Conformément aux article 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification aux informations qui vous concernent- Vous pouvez également définir le sort de vos données après votre décès , en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des données – Département des Alpes-Maritimes – B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3 ou par mail à donnees_personnelles@departement06.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager aura le droit

- De s'opposer au profilage
- De demander la limitation du traitement
- D'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (En France : CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Tél : 01 53 73 22 22, www.cnil.fr)

Cette procédure d'information à l'utilisateur a été labélisée par la CNIL.

Cette fiche, sous réserve de conditions, peut-être consultable conformément aux règles en vigueur sur la consultation des documents administratifs.



ADRET
147 Bd du Mercantour – Bât. Audibergue
BP 3007 - 06201 Nice cedex 3
☎ 04.89.04.29.00