

Pour une obligation de signaler, dans l'intérêt de l'enfant maltraité

Catherine Bonnet, psychiatre d'enfants, **Éric de Montgolfier**, procureur général honoraire, **Jean-Louis Chabernaud**, pédiatre hospitalier, président du Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (SNPEH)

Alors que les États-Unis et une vingtaine de pays européens ont une législation obligeant à signaler la maltraitance infantile, notre pays vient d'adopter une législation qui protège le médecin qui signale de bonne foi – sa responsabilité, civile, pénale ou disciplinaire ne pouvant alors être engagée –, mais qui n'impose pas le signalement. Les auteurs exposent pourquoi ils souhaitent que la loi française aille plus loin et soulignent les bienfaits de l'obligation de signalement.

Dès le XIX^e siècle, prémises du signalement en France

Dès 1857, Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale et doyen de la faculté de médecine de Paris, fut le premier au monde à révéler que les médecins étaient confrontés dans leur pratique à la réalité des violences sexuelles en analysant 934 cas dénonçant les pères et les frères⁽¹⁾. En 1860, il publia un article sur 32 cas de sévices et mauvais traitements physiques envers les enfants, dans lequel il décrit le rôle essentiel du médecin pour les signaler à la justice : « *Mais que dès l'âge le plus tendre de pauvres êtres sans défense soient voués chaque jour et presque à chaque heure aux plus cruels sévices, soumis aux plus dures privations, que leur vie à peine commencée ne soit déjà qu'un long martyre, que des supplices, que des tortures, devant lesquels l'imagination recule, usent leurs corps, éteignent les premières lueurs de leur raison et abrègent leur existence, enfin, chose plus incroyable, que leurs bourreaux soient le plus souvent ceux mêmes qui leur ont donné le jour; il y a là un des plus effrayants problèmes qui puissent agiter l'âme d'un moraliste et la conscience d'un juge. [...] Toujours est-il que ces faits se multiplient, qu'ils soulèvent l'opinion et qu'ils ne doivent ni prendre au dépourvu le médecin, seul capable, en plus d'un cas, de les dénoncer à la justice* »⁽²⁾.

À sa mort, le choc avait été tel que l'opinion médicale se retourna insidieusement contre les enfants victimes ; des médecins les accusèrent bientôt de mentir⁽³⁻⁵⁾, puis d'être pervers⁽⁶⁾. La communauté médicale enterra pendant cent ans les premiers travaux médicaux sur la maltraitance⁽⁷⁾. >>>



Fotolia



»» Redécouverte de l'enfance maltraitée aux États-Unis

Grâce aux progrès de la radiologie, deux radio-pédiatres américains, John Caffey⁽⁸⁾ en 1946 et Frederic N. Silverman⁽⁹⁾ en 1953, constatèrent que certaines fractures observées sur des radios avaient pour origine des violences physiques et non pas des chutes spontanées. Le changement véritable survint en 1962 lorsque Henry Kempe, Frederic N. Silverman, Brandt F. Steele, William Droegmuller et Henry K. Silver publièrent *The Battered-Child Syndrome* (« le syndrome de l'enfant battu »), décrivant « une condition clinique chez de jeunes enfants qui ont été l'objet d'abus physiques par un parent ou un parent d'accueil ». Ces pédiatres déclenchèrent une prise de conscience internationale de la responsabilité vitale des médecins face au risque de répétition des violences dépeistées : « Les médecins ont le devoir et la responsabilité envers l'enfant d'obliger à une évaluation complète du problème et garantir que ne sera pas permis le risque de répétition des traumatismes »⁽¹⁰⁾.

Henry Kempe et ses collègues firent alors campagne pour convaincre le législateur américain d'adopter une *mandatory reporting legislation*, c'est-à-dire une obligation de signaler par un professionnel désigné, assortie d'une protection juridique s'il signale de bonne foi. Dès 1967, cette législation s'étendit à tous les États des États-Unis⁽¹¹⁾, puis à toutes les provinces du Canada et en Australie, tandis que le « syndrome de l'enfant battu » était exporté en France sous le nom de « syndrome de Silverman »⁽¹²⁾, nous faisant croire alors que la découverte de l'enfance maltraitée était le fait des Américains⁽⁵⁾. Plus récemment, une vingtaine de pays en Europe ont adopté une obligation de signaler les soupçons de violences envers les enfants⁽¹³⁾.

La lutte contre la maltraitance en France

La France ayant redécouvert, depuis les années 1970, la clinique des enfants maltraités, il convenait que des dispositions légales soient adoptées qui assurent efficacement leur protection contre la maltraitance. Les médecins étant en première ligne pour en constater les effets, le choix a été fait, non de les contraindre à porter leurs constatations à la connaissance des autorités publiques, mais seulement de les affranchir du secret professionnel pour le leur permettre, s'ils le jugeaient opportun. Pourtant, à partir de 1997, nombre de médecins français ont été poursuivis et sanctionnés pour avoir signalé aux autorités judiciaires des suspicions de

violences sexuelles chez des enfants dans des situations de divorce. Une réponse institutionnelle qui ne pouvait que créer un malaise profond dans le milieu médical et dissuader les médecins d'utiliser l'autorisation donnée par la législation pénale de passer outre le secret professionnel au profit de la protection des enfants. Une propension qui ne pouvait qu'être accentuée par l'absence de formation, de recommandations ou de conférences pour s'accorder, d'une part, sur les signes cliniques d'alerte permettant de suspecter les maltraitances et, d'autre part, sur les conditions de leur signalement aux autorités compétentes⁽¹⁴⁾.

La loi française doit aller plus loin pour protéger les enfants

Se refusant à imposer aux médecins, tenus au secret, une obligation de faire part de leurs soupçons de maltraitance à l'autorité judiciaire, Sénat et Assemblée nationale ont pourtant adopté définitivement, le 5 novembre 2015, le principe d'une protection absolue de celui qui signale de bonne foi ses constatations ; sa responsabilité, qu'elle soit civile, pénale ou disciplinaire, ne peut être engagée à cette occasion. Le Parlement y a ajouté une obligation de formation pour aider les professionnels de santé concernés à exercer la faculté qui leur a été laissée d'informer le procureur de la République⁽¹⁵⁾.

Le législateur doit encore aller plus loin pour assurer l'efficacité du système et protéger véritablement les enfants. Sans doute pourra-t-on toujours se plaindre du médecin et notamment lui

Plus que la contrainte, la liberté de choix expose la responsabilité de professionnels tenus au secret

reprocher un signalement précipité, au lieu d'attendre plus d'éléments de conviction. Mais ce risque est plus accentué encore si le médecin a la faculté de choisir entre s'abstenir et signaler ; il restera exposé plus facilement aux reproches que lui vaudrait une initiative à laquelle il n'était pas tenu. À cet égard, plus que la contrainte, la liberté de choix expose la responsabilité de professionnels tenus au secret ; car elle n'est pas de nature à dissuader les plaintes, mais au contraire à les encourager, faute pour le praticien de pouvoir exciper de l'ordre de la loi.

De nombreuses raisons pour signaler

Pourtant, il existe plusieurs raisons pour que soient effectivement signalées toutes les violences commises sur des enfants.

Ces raisons tiennent à l'enfant lui-même, qui attend souvent du médecin auquel il dévoile les violences qu'il subit d'y mettre un terme : selon l'*Adverse Childhood Experiences*

Study (ACE Study) réalisée entre 1995 et 1997 sur une cohorte de 17 000 adultes américains venant consulter un centre de médecine préventive, 1 enfant sur 4 est victime de violences physiques, 1 sur 5 de violences sexuelles et 1 sur 10 de violences psychologiques⁽¹⁶⁾. Or l'enfant plus petit est particulièrement vulnérable et ne dispose pas de moyens suffisants pour se défendre contre un adulte, surtout s'il en est proche au sein de sa famille, et ses connaissances sont moins étendues que celles d'un adulte qui utilise menace, séduction ou manipulation au service de sa violence.

L'obligation de signaler pourrait : réduire un long parcours de violences cachées, sachant que le délai moyen de dévoilement spontané des victimes d'inceste en France est de seize années⁽¹⁷⁾ ; favoriser l'identification des enfants victimes, car très peu d'enfants prennent l'initiative de signaler les actes dont ils sont victimes (0,5 % aux États-Unis)⁽¹⁸⁾ ; faciliter l'identification des auteurs de violences et leur permettre de recevoir de l'aide, sachant que très peu d'auteurs de violences se dénoncent spontanément (0,1 % aux États-Unis)⁽¹⁸⁾.

En outre, cette obligation de signaler, qui a multiplié par quatre le nombre de cas de violences confirmées aux États-Unis et au Canada⁽¹⁹⁾, pourrait empêcher la récurrence des violences sur l'enfant maltraité et prévenir le risque de violences envers d'autres enfants.

Quand le signalement constitue une obligation, il réduit : par trois le risque pour un enfant de mourir sous les coups⁽¹⁹⁾ ; les effets nocifs des violences sur le développement du cerveau de l'enfant⁽²⁰⁾ et sur son ADN⁽²¹⁾ ; et aussi les effets à long terme sur la santé physique, sexuelle et mentale (suicide, compulsions alimentaires, troubles du sommeil, addictions à l'alcool, aux drogues, grossesses non intentionnelles, etc.)⁽²²⁾.

Si le signalement constitue une obligation, il peut également réduire les conséquences sur la vie de couple, la parentalité (la peur de devenir mère ou père, le risque de déni de grossesse, celui de battre le fœtus durant la grossesse, le néonaticide, l'abandon du bébé sur la voie publique)⁽²³⁾ ; les conséquences sur la vie professionnelle (instabilité d'emploi, chômage)⁽²⁴⁾.

Sans obligation de signaler, les violences risquent de se poursuivre, les psychothérapies ont peu d'efficacité⁽⁵⁾.

L'obligation de signaler a été recommandée par l'Association mondiale de psychiatrie (février 2009)⁽²⁵⁾, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe (18 novembre 2009)⁽²⁶⁾, le Comité des droits de l'enfant (17 février 2011)⁽²⁷⁾, deux rapporteurs spéciaux de l'ONU (7 mars 2011)⁽²⁸⁾.

À plusieurs reprises au cours de l'histoire, la société française a reculé face à une vérité qui lui a peut-être fait peur : 70 % et 85 % des auteurs de violences sexuelles sont des parents ou quelqu'un que l'enfant connaît et en qui il a confiance⁽²⁹⁾. Les médecins sont souvent les premiers, à l'extérieur de la famille, à pouvoir déceler les violences dont sont ainsi victimes les enfants et leur éviter bien des souffrances.

Ils paraissent donc en mesure de contribuer à un régime de protection favorable aux plus vulnérables d'entre nous, à ceux qui ne disposent pas de ressources physiques ou morales suffisantes pour se protéger contre la violence. La société doit y pourvoir, et les médecins, qui peuvent être exposés à des pressions diverses pour s'abstenir de leur porter secours, doivent être garantis contre les conséquences de leurs justes signalements. Ne sommes-nous pas tous concernés par l'adoption d'une obligation légale de signaler les soupçons de violences pour assurer aux enfants d'aujourd'hui la protection qui leur est due ? •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

1. Tardieu A. Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs. Paris. Baillière éd, 1857.
2. Tardieu A. Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements. Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1860;13:361-98.
3. Fournier A. Simulations d'attentats vénériens sur de jeunes enfants. Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1880;4:498-519.
4. Bourdin C. Les enfants menteurs. Annales médico-psychologiques 1883;41(9):280-305 et 374-86.
5. Motet A. Du mensonge chez les enfants. Annales médico-psychologiques 1883;41(9):304.
6. Dupré E. Les perversions instinctives (XXII^e Congrès des médecins aliénistes, Tunis, 1912). Paris. Masson éd, 1913.
7. Bonnet C. L'enfant cassé, l'inceste et la pédophilie. Paris. Albin Michel éd, 1999.
8. Caffey J. Multiple fractures in the long bone on infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgen 1946;56:163-73.
9. Silverman FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. Am J Roentgen Radium Ther Nucl Med 1953;69:413.
10. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemuller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. Journal of the American Medical Association 1962;9:143-54.
11. Chadwick D. The Child Abuse Doctors. St Louis. STM Learning Inc. 2011.
12. Fauré C. Foreword to the second edition. In: Kleinman PK. Diagnostic Imaging of Child Abuse. 2nd ed. Nosby, 1998.
13. Survey on the reporting of suspicion of sexual exploitation or sexual abuse against children. The European Centre for Parliamentary Research and Documentation (ECPRD). 19th January 2012.
14. Bonnet C. L'enfance muselée. Un médecin témoigne. Bruxelles. Thomas Mols éd. 2007.
15. Loi n° 2015-1402 du 05/11/2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situation de maltraitance par les professionnels de santé.
16. Dube SR, Anda RF, Whitfield, CL, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. American Journal of Preventive Medicine 2005;28:430-8.
17. Sondage sur la santé des victimes d'inceste d'AVI par IPSOS, mai 2010 sur le site : www.AVI.org
18. Mathew B, Bross R. Mandated reporting is still a policy with reason: empirical evidence and philosophical grounds. Child Abuse and Neglect 2008;32:511-6.
19. Mathews B, Payne H, Bonnet C, et al. A way to restore british paediatrician's engagement with child protection. Arch Dis Child 2009;95(5):329-2.
20. http://developingchild.harvard.edu/resources/briefs/inbrief_series/inbrief_the_impact_of_early_adversity/
21. <http://www.nature.com/neuro/journal/v12/n3/full/nn.2270.html>
22. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. American Journal of Preventive Medicine 1998; 14:245-58. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/>
23. Bonnet C. Geste d'amour, l'accouchement sous X. Paris. Odile Jacob éd, 1990.
24. Anda RF, Fleisher VI, Felitti VJ, Edwards VJ, Whitfield CL, Dube SR, Williamson DF. Childhood abuse, household dysfunction and indicators of impaired worker performance in adulthood. The Permanente Journal 2004;8:30-38.
25. Donna E. Stewart DE. Mental health policies on reporting child sexual abuse and physician-patients sexual relationships. WPA February 2009;18(1):45-8.
26. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1539245&Site=CM>
27. General comment n° 13. Alinea 49. Février 2011. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/comments.htm>
28. Rapport conjoint du Dr Najat M'jid et Mme Marta Santos Pais. Alineas 54, 55, 60, 65, 112. mars 2011. http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?m=102
29. http://www.coe.int/t/dg3/children/1in5/default_fr.asp