

La Maltraitance de l'Enfant: Rôle du Pédiatre et de l'Unité de Protection



Introduction sur le rôle du pédiatre

L'appréciation d'une situation à risque, ou de sévices perpétrés sur un enfant, est l'affaire d'une équipe professionnelle, avec une famille, pour un enfant. Un travail collaboratif du médecin (Urgence hospitalière, Cabinet privé, Centre de santé du Ministère de la Santé ou des Affaires Sociales, Ecole, Dispensaire municipal ou association de bienfaisance), de l'assistante sociale (scolaire, secteur), de l'aide sociale à l'enfance (UPEL, AFEL et autres) et Unité des mineurs au Ministère des affaires sociales, de la police (brigade des mineurs) et de la justice (Bureau des mineurs), est essentiel afin que les mesures les plus adaptées sur le plan pénal, social et éducatif puissent être proposées à l'enfant et mises en œuvre auprès de la famille. Tout médecin, quel que soit son mode d'exercice, peut être appelé à accueillir une personne victime de violences.

Le médecin est bien souvent la première personne à qui la victime pourra se confier: de par sa formation et son devoir, le médecin reconnaît l'identité de la maltraitance, la parole de l'enfant, l'existence de sévices, et le type de travail professionnel participatif au soin immédiat et à terme. Que la personne victime soit une femme, un

Bernard Gerbaka¹
Marianne Majdalani²
Marie-Claude Fadous-Khalife³
Amira Sukkar⁴
Joseph Haddad⁵

- 1- Chair, Pediatric Department, Mother-and-Child Pole, St Joseph University; Child Protection Unit, HDFUH, Child@usj.edu.lb; President, The Lebanese Institute for Child Rights President@ChildOfLebanon.org
Past-President, Lebanese Pediatric Society; President, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect; Member of the WHO INPIRE Board; Board Member of the Global Partnership to end violence against children, UN
- 2- Director, PICU, AUBMC; Chair, Child Protection Program
- 3- Unité de Protection de l'Enfant; CHU Norte-Dame des Secours
- 4- Présidente, Union pour la Protection de l'Enfant au Liban
- 5- President-Elect, Lebanese Pediatric Society in Beirut

homme ou un enfant, un protocole de prise en charge adaptée est appliqué, chaque étape comportant des enjeux déterminants: l'accueil, l'examen clinique et les prélèvements, le traitement médical et son suivi, l'accompagnement psychologique immédiat et à plus long terme, l'information, les orientations. Le médecin est donc sollicité ou interpellé, qu'il soit médecin de famille, médecin généraliste inconnu de la famille, médecin d'un service d'urgence, pédiatre, gynécologue, médecin d'un service départemental ou de PMI, médecin scolaire, urgentiste, interne de garde... Il voit un tout petit, un enfant, un adolescent, fille ou garçon, dans des situations très diverses. Le médecin est dans son cabinet seul, en consultation de PMI avec une équipe, ou dans une autre structure à la demande d'un parent ou d'un directeur, à l'école avec les enseignants, à l'hôpital (dans un centre hospitalier pourvu ou pas d'un service de pédiatrie, aux urgences avec des collègues pédiatres proches, dans un CHU ou dans un pôle de référence régional pour l'accueil de personnes victimes de violences...).

Dans toutes ces situations, c'est souvent le pédiatre qui est en première ligne; son rôle est de promouvoir le bien-être de l'enfant et de contribuer à informer les parents sur les éléments éducatifs essentiels et non violents pour élever des enfants sains et bien adaptés socialement.ⁱ Par conséquent, le pédiatre joue un rôle important dans la prévention de la maltraitance des enfants.ⁱⁱ Après avoir décrit certains des éléments déclencheurs et les facteurs de risque de mauvais traitements, les rapports décrivent comment pédiatres et autres médecins peuvent identifier les points forts de la famille, reconnaître les facteurs de risque, fournir aux familles des conseils utiles, et les référer aux programmes et ressources disponibles,ⁱⁱⁱ dans le but de renforcer les 3 niveaux de prévention: primaire [liens familiaux, développement des enfants], secondaire [prévention de la maltraitance], et tertiaire [réponse immédiate et réhabilitation].

Un travail en collaboration du médecin (Urgence hospitalière, Cabinet privé, Centre de santé du Ministère de la Santé ou des Affaires Sociales, Ecole, Dispensaire municipal ou association de bienfaisance), de l'assistante sociale (scolaire, secteur), de l'aide sociale à l'enfance (Union pour la Protection de l'Enfant au Liban (UPEL), de la police (brigade des mineurs) et de la justice, est essentiel afin que les mesures les plus adaptées sur le plan pénal, social et éducatif puissent être proposées à l'enfant et mises en œuvre auprès de la famille.

Selon les enquêtes entreprises, la majorité des pédiatres

définissent la maltraitance infantile comme étant un abus physique, un abus psychologique, un abus sexuel, une négligence avec carence alimentaire ou affective et l'exploitation. Cependant, uniquement la moitié des pédiatres considèrent l'activité sexuelle virtuelle et la vie des enfants des rues comme étant des sévices. D'après les enregistrements officiels du ministère de la justice et du ministère des affaires sociales (étude faite en collaboration avec KAFA) le père est considéré comme le moins responsable de l'abus chez l'enfant (2 % des cas). Cependant notre recherche présente le père comme abuseur initial. Cette différence entre les chiffres est probablement due au fait de la peur de se révéler devant les instances juridiques ou sociales. A l'inverse, les sujets ont tendance à se confier plus aux professionnels de santé suite au secret médical. Les autres membres de la famille (mère, frères, sœurs, cousins et autres) passent en seconde place, l'établissement scolaire en troisième place alors que la personne étrangère représente le sujet le moins responsable de tels actes. Ces données rejoignent les enregistrements déjà cités sur le fait que 53% des agresseurs sont de la famille et 34% sont connus par l'enfant.

Selon les professionnels de l'enfance, les signes physiques qui les poussent à suspecter une maltraitance sont essentiellement l'hématome sous dural bilatéral (85%), l'hémorragie rétinienne (85%), les maladies sexuellement transmissibles (81%), les brûlures à l'eau chaude (74%) et les fractures d'âges différents (74%). Contrairement aux autres régions libanaises, ces mêmes signes cliniques sont de moindre importance et représentent respectivement 70%, 57%, 50%, 63% et 67%. Alors que les participants du dernier groupe donnent une grande importance aux troubles du comportement comme indicateur capital de la maltraitance infantile (80%). Cette différence entre les points de vue est due éventuellement au manque de connaissance dans les régions rurales. Enfin, selon la littérature, 30% des enfants violentés seront des parents abuseurs. Pour les deux groupes, l'enfant abusé sera le plus souvent un parent batteur.

Les pédiatres, en raison de leur relation unique avec les familles, sont dans une position privilégiée pour aider les familles à améliorer leur capacité de protéger les enfants et pour contrecarrer les facteurs de risque accru de violence, depuis la naissance, en particulier en cas de prématurité ou de longue séparation.^{iv} Parce que les pédiatres sont en contact avec les familles en périodes de stress (par exemple, quand un enfant est malade), ils peuvent se familiariser avec les facteurs de stress d'une famille et travailler sur

les facteurs de stabilité et de force. Comme une relation de confiance évolue, les familles et les patients développent plus de confort pour discuter des questions personnelles avec leurs pédiatres.

En effet, les pédiatres sont souvent liés à des ressources communautaires qui offrent des supports à l'enfant et la famille. Les familles ont ainsi tendance à faire confiance à l'encadrement des pédiatres et des organismes de référence.^{vi} La littérature montre que les parents considèrent les pédiatres comme conseillers. Lorsque les pédiatres acceptent ce rôle, la majorité (70%, Académie américaine pédiatrie, 2002-2003, enquête Atrics), sont en position d'aider à prévenir la maltraitance des enfants en fournissant guidance et anticipation.

Presque tous les répondants (91%) sont d'accord que les pédiatres doivent dépister les problèmes parentaux au cours des visites de santé.^{vii}

Unité de protection de l'enfant

Spécialisée et relevant du domaine médical, l'Unité de Protection de l'Enfant au Liban, structure du service de pédiatrie de l'Hôtel Dieu de France-Beyrouth, collabore avec les services hospitaliers et extrahospitaliers concernés lors du diagnostic de maltraitance de l'enfant. Elle est composée d'un médecin responsable, infirmières, consultants (psychiatre, réanimateur,...), assistantes sociales de l'UPEL. Deux autres structures existent aussi à AUBMC [Child Protection Program] et NDSUH [Unité de Protection de l'Enfant]. Dans un contexte d'unité de protection de l'enfant, son rôle est essentiel pour prendre en charge physiquement et psychologiquement l'enfant et la famille, les informer et les orienter le cas échéant^{viii} Il convient en effet de rompre la loi du silence qui a trop souvent entouré les violences sexuelles, agressions longtemps subies comme une fatalité, ainsi que les conséquences neuro-développementales à long terme.^{ix}

• Ainsi, une unité de protection de l'enfant est mise en place en 2008-2009, comme unité au sein du service de pédiatrie du CHU HDF, et institutionnalisée en 2010; ces unités permettent une meilleure détection de l'enfant maltraité et favorise une prise en charge rapide et adaptée à ses besoins; elle permet aussi de lui offrir une protection immédiate et de renforcer les mécanismes de réhabilitation et de réinsertion; de plus, elle met enfin en exergue la nécessité d'une approche préventive.^x L'UPE, première initiative de ce genre au Liban, contribue à la protection de l'enfant par sa structure, son insertion, ses mécanismes de collaboration et son travail multidisciplinaire.

Quelques situations d'appel pour l'UPE: Un enfant

- révèle qu'il a été victime d'une agression ou de maltraitance (école ou contexte familial)
- fait part d'allégations en termes d'attouchements ou agressions sexuelles
- arrive aux urgences avec des signes évidents de violences ou suspect d'être enfant battu
- présente des signes psychosomatiques compatibles avec une maltraitance
- est ramené fréquemment aux urgences pour traumatisme
- présente des signes non concordants avec le scénario avancé par les parents
- a un comportement inhabituellement familier ou en retrait
- a un langage inhabituellement sexuel pour son âge

Dans de tels scénarios, le médecin évalue la situation:

- prévoit une hospitalisation immédiate
- appelle le pédiatre de l'UPE.
- récolte un maximum d'informations cliniques
- prend des photos
- garde et préserve les preuves
- prend contact avec la permanence de l'UPE, qui avise l'administration.

Si les parents refusent, le médecin urgentiste ou le pédiatre de l'UPE, qui prévient la police et signale le problème à l'assistante sociale de l'UPEL et au parquet pour ordonnance de placement.

Rôle de l'infirmière dans l'UPE

- Collabore avec le médecin, le psychologue, l'assistante sociale et les représentants de l'état; elle assure l'organisation des réunions en pédiatrie.
- Avertir le médecin dès la suspicion de maltraitance.
- Assure la préservation des éléments qui peuvent servir de preuve.
- Coordonne avec l'équipe de sécurité au besoin.
- Contrôle l'environnement de l'enfant: chambre, visiteurs, objets
- Surveille les signes qui peuvent suspecter ou certifier la maltraitance.
- Transmet les changements de comportement des enfants et ou des parents au médecin ou à l'assistante sociale
- Soutient l'enfant et sa famille.

Les Mesures De Protection Des Enfants Au Liban

Quel est le rôle de chacun dans la protection des enfants en danger ?

Le Juge pour enfants

Le juge pour enfants suit la procédure de l'Article 26 de la loi 422, c'est à dire qu'il intervient sur base d'une plainte de la part de l'enfant, ou de l'un de ses parents ou tuteurs ou du Parquet. Néanmoins, en cas d'urgence, il peut agir d'office. Outre la protection de la victime, il s'assure du suivi de son dossier, et collabore avec les représentants de l'«Union pour la Protection de l'Enfant au Liban». Ensemble, ils forment le tribunal pour mineurs.

L'implication juridique dans la maltraitance infantile au Liban:

Le signalement:⁶

Au Liban la protection juridique des enfants maltraités et des enfants délinquants est régie par la loi 422 du 06.06.2002 (Annexe I). Selon l'article 26 de cette loi le signalement est obligatoire. De plus, le 15^{ème} point de l'article 7 du code de déontologie signale: «lorsqu'au cours de l'exercice de sa profession le médecin découvre la séquestration arbitraire, des sévices ou de mauvais traitements subis par un mineur, il doit en avertir les autorités compétentes». C'est «l'information»⁷. Donc, il s'agit d'une obligation légale. En outre, selon l'article 443-3 du code pénal, la non-assistance à une personne en danger est punissable. Par la suite, un non-signalement peut être puni par cet article. Il faut à tout prix signaler en cas de sévices afin de protéger l'enfant et c'est le juge qui décide la poursuite de l'agresseur.

L'obligation de signalement

Tout médecin peut être requis comme expert. Les autorités judiciaires (le Procureur de la République généralement) enjoignent alors par écrit au médecin de pratiquer une mission d'ordre médical ou médicolegal. Il effectue alors un examen et rédige un certificat où il note son identité, sa qualité, le texte précis de sa mission, sa qualité de requérant, la date de sa réquisition, l'heure et le lieu de l'examen, la déclaration de la personne examinée, les données de l'examen médical détaillé ainsi que la durée de l'incapacité totale transitoire (pour l'enfant, c'est l'incapacité totale fonctionnelle).⁸ En cas de négligence grave d'un enfant, une peine de 1 à 6 mois de prison peut être requise contre les parents ou le tuteur. Il faut signaler,⁹ afin de protéger les enfants et aboutir de même à une aide pour l'agresseur; c'est le juge qui décide de la poursuite de l'agresseur.¹⁰ Les enfants victimes d'infractions pénales peuvent bénéficier de la mesure de protection ordonnée par le juge d'enfants jusqu'à l'âge de 21 ans. Il faut signaler toute information alarmante ou qui peut constituer une preuve ou une observation de sévices, de privations ou de délaissement. L'anonymat du signalement est possible, toute personne ayant connaissance de mauvais traitements ou de violences sexuelles avérés ou suspects envers un enfant peut signaler (article 26, loi 422).

Un dossier de protection sera établi ou un suivi du dossier sera assuré en collaboration avec les assistants sociaux de l'UPEL,¹¹ le juge pour enfants assure la protection¹² de l'enfant en prenant des mesures de protection nécessaires.¹³

6- Elle se déclenche par le signalement

Le signalement: C'est quand l'information est adressée aux instances compétentes: Police, Procureur, Juge pour enfants. Le signalement est souvent accompagné de preuves ou de révélations de l'enfant victime. Le signalement est une démarche lourde sur le plan affectif et social pour l'enfant et sa famille. Il se fait dans la majorité des cas (mis à part les cas de viol) après plusieurs années de violence. D'où l'appellation «enfants du silence». Plus le signalement se fait au début d'une maltraitance, moins les séquelles seront importantes sur la vie de l'enfant victime et de sa famille

7- L'information: c'est la transmission à toute personne qui n'a pas « autorité judiciaire », de faits observés, de propos entendus, d'inquiétudes sur des comportements d'un mineur susceptibles de le mettre en danger. Par exemple: un enseignant qui «informe» le directeur de l'établissement scolaire d'une éventuelle situation à risque.

8- Dans certaines situations (dans le cas d'un enfant mal entendant par exemple), les personnes menant les enquêtes de protection de l'enfance doivent inclure des professionnels possédant une expertise dans les situations concernées.

9- Les spécialistes sont relevés du secret professionnel dans ces circonstances. (422, art. 26 et 23). La non-assistance à une personne en danger est punissable. (art 567, code pénal)

10- Qui peut signaler ? Vous ou toute personne ayant connaissance de mauvais traitements ou de violences sexuelles avérés ou suspectés envers un enfant. (art. 26, loi 422)

Les professionnels qui, dans l'exercice de leur activité, sont en contact avec des enfants (médecin, enseignant, travailleur social ou paramédical, moniteur, aidant naturel).

Les parents ou les tuteurs de l'enfant.

L'enfant lui-même.

1- A la police

2- Au procureur

3- Au Tribunal pour mineurs: Juge pour mineurs ou par le biais des travailleurs sociaux auprès du tribunal - l'Union pour la Protection de l'Enfant au Liban (UPEL).

Le signalement auprès des travailleurs sociaux de l'UPEL pourra assurer un suivi social rapide et adapté dès le début de la procédure judiciaire.

La Procédure

Donc, la procédure est déclenchée par le signalement auprès des instances concernées suivantes: la police, le procureur et le juge des enfants (ou par le biais des travailleurs sociaux de l'UPEL). Un dossier de protection sera donc établi. Une information sur trois aboutit principalement à un accompagnement social et parfois les informations sont classées sans suite faute de preuves suffisantes. Le signalement de sévices pose toujours de délicats problèmes, d'autant plus que la maltraitance n'est le plus souvent que suspectée. Médecins et travailleurs sociaux répugnent souvent à faire ce signalement, craignant de détériorer la relation de confiance qu'ils ont pu établir avec la famille. La loi 422 «relève le secret professionnel des spécialistes dans les circonstances d'abus à l'égard des enfants» (article 26 et 23).

L'assistance

La non-assistance à une personne en danger est punissable (art 567, code pénal). Mais en fait, le signalement est obligatoire (article 26 du code pénal de la Loi 422 promulguée le 6 Juin 2002) par toute personne, y compris le médecin pour qui il existe une

dérogation légale au secret médical (article 26\23 du code pénal).

* Article 567 (loi n°239\93 du code pénal (16\9\1982): "Sera puni d'un emprisonnement de 1 mois à 1 ans et d'une amende de 200000 à 2 millions LL ou de l'une de ces deux peines seulement celui qui, ayant eu connaissance de sévices ou de privations infligés à un mineur, n'en aura pas dans les circonstances définies à l'alinéa précédent, averti les autorités administratives ou judiciaires."

* Article ...: "Les mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa premier lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires ou sociales, des sévices ou privations sur la personne de mineurs de ... ans, et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession. Citées en justice pour une affaire de sévices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine."

* Le non-signalement, qui serait responsable d'une évolution défavorable pour le mineur, peut tomber sous le coup de l'article 567 du code pénal, relatif à la non-assistance à une personne en danger.¹⁴

11- Rôle du représentant de l'Union pour la Protection de l'Enfant au Liban

* Mener l'enquête sociale;

* Procéder à une évaluation des risques;

* Informer l'enfant et la famille de la procédure judiciaire;

* Préparer l'enfant aux audiences;

* Rendre compte au juge pour enfant sur le suivi et l'évolution de la situation de l'enfant dans un rapport périodique;

* Proposer des recommandations dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille;

* Impliquer et mobiliser le réseau familial et/ou extra familial pour trouver des solutions.

12- Le juge pour enfants garantit la protection de l'enfant victime d'infractions pénales.

Il prend les mesures adéquates, inspirées du rapport et des recommandations du travailleur social en charge du dossier au tribunal. Avant toute décision, la victime, les parents ou toute personne concernée sont entendues par le juge des enfants, sauf si l'âge de l'enfant ne le permet pas ou qu'il soit de son intérêt d'être dispensé de comparaître devant le juge.

13- rdl.com.lb/1999/3719/dossier.html

14- Pourquoi est-il difficile de signaler ?

Car les enfants peuvent ressentir: La culpabilité: Les enfants peuvent croire qu'ils sont d'une certaine façon responsables de la violence.

La honte: Les enfants peuvent se sentir dévalorisés.

La peur: Les enfants peuvent avoir peur de l'agresseur qui les menace de représailles au cas où ils révéleraient le secret.

Le chagrin et l'anxiété: Les enfants peuvent cesser de percevoir le monde comme un endroit sûr. Il est possible qu'ils se désintéressent de l'école, de leurs amis et de leurs activités habituelles.

La colère: Les enfants peuvent ressentir une grande colère envers leurs parents, leurs responsables et le monde des adultes.

L'impuissance: Comme les enfants se sentent impuissants au moment de l'agression, ils peuvent croire qu'ils seront incapables de résister à toute forme de violence à l'avenir.

Et les parents peuvent vivre aussi:

La culpabilité: Les parents peuvent croire qu'ils ne sont pas à même de protéger l'enfant.

La honte: Les parents peuvent avoir peur du scandale.

La peur: Les parents peuvent avoir peur de l'agresseur qui les menace de représailles au cas où ils révéleraient le secret, et des «qu'en dira-t-on».

Ils peuvent avoir peur aussi des autorités de protection de l'enfance et de la police.

Le chagrin et la dépression: Les parents peuvent devenir surprotecteurs et peuvent cesser de percevoir le monde comme un endroit sûr.

La colère: Les parents peuvent ressentir une grande colère contre l'enfant victime, contre eux-mêmes mais aussi contre le milieu. L'impuissance: Les parents se sentent impuissants face à l'agression, ils croient qu'ils seront incapables de résister à toute forme de violence et de menace. Ils n'arrivent pas à gérer la charge émotionnelle inévitable suite à la divulgation

Le représentant de l'UPEL

Travailleur social spécialisé qui doit :

• Mener l'enquête sociale;

• Procéder à une évaluation des risques;

• Informer l'enfant et la famille de la procédure judiciaire;

• Préparer l'enfant aux audiences;

• Rendre compte au juge pour enfant sur le suivi et l'évolution de la situation de l'enfant dans un rapport périodique;

• Proposer des recommandations dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille;

• Impliquer et mobiliser le réseau familial et/ou extra familial pour trouver des solutions.

La principale barrière qui entrave le bon fonctionnement de cette mesure de protection est le nombre restreint de juges pour l'enfant au Liban et donc le manque de spécialisation du corps juridique.

Qui peut signaler ?

- l'enfant lui-même

- l'un des parents de l'enfant ou celui qui en est responsable (tante, oncle, grand parents, frère ou sœur aînés)

- tout professionnel dans l'exercice de sa fonction

- tout citoyen

Le signalement pour quiconque peut se faire sous couvert d'anonymat.

La Police

La Police a pour but de:

• Mener une enquête criminelle: audition du mineur victime et interrogatoire de l'agresseur;

• Rappporter au Procureur les faits;

• Exécuter les décisions du Procureur.

Le problème majeur rencontré également dans ce service de protection est, l'absence de brigade policière spécialisée dans l'intervention auprès des mineurs.

Le Procureur

Le procureur doit:

• Recevoir l'ensemble des signalements;

• Evaluer la situation (demander des renseignements complémentaires);

• Décider du classement de l'affaire ou de l'ouverture d'une action en justice;

• Prendre les mesures d'urgence nécessaires pour assurer la sécurité des enfants; placement de l'enfant par exemple.

Le dépôt de plainte

Le médecin pourra conseiller à la victime de porter plainte pour ces différentes raisons:

o le recours à la justice permet à la personne de se reconstruire. La reconnaissance par la société du statut de victime et la désignation du coupable sont fondamentales. o le dépôt de plainte permet à la victime d'obtenir une provision auprès des commissions d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI).

o seuls les prélèvements effectués sur réquisition sont mis sous scellés et acquièrent alors une force probante certaine.

Les principes

Tout comme dans les étapes précédentes, nous retrouvons ici mis en pratique les principes de base. Dans chaque cas particulier, il s'avère toujours utile de rappeler comment ces principes se déclinent à cette étape du travail:

• assurer d'abord la protection de l'enfant

• prendre comme règle de l'intervention l'intérêt prioritaire de l'enfant

• prendre comme finalité de l'intervention le développement de l'enfant

• travailler en interdisciplinarité dans le respect des rôles respectifs

• préciser les rôles respectifs des membres de l'équipe par rapport à chaque nouvelle situation

• rappeler les principes de l'éthique commune

• trouver en consensus un projet d'intervention

Rôle du pédiatre dans la prévention de la maltraitance des enfants^{xii}

Le pédiatre contribue à promouvoir le bien-être de l'enfant avec les parents. Le pédiatre peut jouer un rôle important dans la prévention de la maltraitance des enfants, et ce avant puis dès la naissance, en identifiant les facteurs de risque.^{xiii}

Les précédents rapports cliniques et des énoncés de politique de l'«American Academy of Pediatrics» ont mis l'accent sur l'amélioration de l'identification et la gestion de la maltraitance des enfants. Ce rapport décrit comment le pédiatre peut aider à renforcer les familles et promouvoir la sécurité, la stabilité et les relations chaleureuses dans le but de prévenir la maltraitance. Après avoir décrit certains des déclencheurs et des facteurs qui mettent des enfants à risque de mauvais traitements, le rapport décrit comment les pédiatres peuvent identifier les points forts de la famille, reconnaître les facteurs de risque, fournir aux familles des conseils utiles, et les aider à se référer aux programmes et à d'autres ressources afin de prévenir la maltraitance des enfants et de renforcer leur développement.

Les pédiatres, en raison de leur relation unique avec les

familles, sont dans une excellente position pour aider les familles d'améliorer leur capacité à protéger les enfants et pour s'attaquer aux facteurs qui les exposent à un risque accru de violence.^{xiv} Puisque les pédiatres sont en contact avec les familles lors de défis et des périodes de stress (par exemple, quand un enfant est malade), ils peuvent se familiariser avec les facteurs de stress d'une famille et ses forces, surtout qu'une relation de confiance se développe entre le pédiatre et la famille leur permettant de discuter à propos des questions personnelles. De même, les pédiatres sont souvent liés à des ressources communautaires qui visent le bien-être de l'enfant et la famille comme une priorité.^{xvi} Les familles ont tendance à faire confiance à l'encadrement de leurs pédiatres et des orientations à ces ressources. La littérature montre que les parents considèrent les pédiatres comme étant des conseillers^{xvii} L'enquête Atrics (AAP) a indiqué que les pédiatres peuvent aider à prévenir la maltraitance des enfants en fournissant guidance. Les pédiatres doivent dépister les problèmes de maltraitance des enfants au cours des visites de supervision de la santé. Un clinicien peut recevoir des réponses ou observer de comportements qui suggèrent que la résilience de la famille est compromise d'une manière significative. Ces compromissions peuvent résulter d'un déficit de location, ou de l'environnement causant le stress. Si la capacité de la famille à nourrir et de protéger l'enfant est compromise, et enfant doit être considéré comme à risque d'abus, et des mesures doivent être prises. Des efforts peuvent être aussi simples que prendre le temps de conseiller un parent frustré. Si un cas est plus compliqué, s'il y a un doute sur la sécurité le pédiatre doit, bien sûr, l'orientation des parents ou de l'enfant à un organisme communautaire fondé sur des d'intervention pour la violence entre partenaires s'avère nécessaire. Il est important pour les pédiatres de reconnaître et de répondre aux maltraitances.^{xviii} La prévention universelle de maltraitance des enfants doit commencer par une approche qui évalue les points forts et les déficits et de connecter la famille avec les ressources communautaires permettant de protéger les enfants avant l'abus ou la négligence.

Orientation pour les pédiatres:^{xix}

1. Obtenir une anamnèse sociale. L'outil de dépistage inclue peut être utilisé pour aider à dépister les facteurs de risque et les problèmes; identifier et construire sur les points forts de la famille, la résilience; identifier et traiter les préoccupations des parents, renforcer les parents et développer leur sentiment de compétence.^{xx}

2. Reconnaître la frustration et la colère qui accompagnent souvent les parents.
 3. Fournir des conseils préventifs sur les stades de développement qui peuvent être source de stress ou déclencheurs de la maltraitance des enfants.^{xxi}
 4. Discuter avec les parents au sujet des pleurs de l'enfant. Découvrir leurs perceptions des pleurs de leur nourrisson et les stratégies qu'ils utilisent pour y faire face. Le pédiatre doit fournir aux parents des moyens alternatifs.
 5. Etre conscients de la vulnérabilité des enfants handicapés et faire attention aux signes de maltraitance.
 6. Fournir aux parents des techniques de gestion le stress.
 7. Fournir à la famille des informations sur les soins de répit, qui permettent à quelqu'un d'autre de s'occuper de l'enfant afin que les parents ou autres membres de la famille puissent prendre une pause.
 8. Aider à éduquer les enfants plus âgés sur les moyens de se protéger contre les abus et sur l'importance de partager leur malaise.
 9. Etre attentif aux signes et symptômes de violence domestique et à la période post-natale. (Les instruments sont disponibles qui peuvent être utilisés par les cliniciens pour reconnaître la dépression chez les mères et les pères).
 10. Se familiariser avec les ressources communautaires appropriées, et savoir comment réagir en cas de violence entre partenaires intimes ou en cas de dépression.^{xxii}
 11. Encourager les parents à utiliser des alternatives aux comportements violents afin qu'ils puissent savoir utiliser leur pouvoir d'une façon positive.
- En guise de conclusion, les pédiatres peuvent jouer un rôle dans la prévention de la maltraitance des enfants s'ils arrivent à comprendre les situations qui souvent déclenchent le mauvais traitement et s'ils peuvent identifier et aborder certains des facteurs qui peuvent rendre un enfant plus vulnérable à la maltraitance.^{xxiii}

Discussion et Recommandations:^{xxiv}

Faciliter Le Repérage Des Enfants En Danger Système Unique Et Clair

Des propositions d'harmonisation sur le territoire permettraient une simplification des démarches administratives sous un système prédéfini, et de connaître les chiffres exacts de signalements. Un exemple serait de rendre accessible le dossier médical par toutes les structures médicales et les services sociaux, afin de favoriser les liens et échanges par des partages d'informations. Un autre exemple serait d'élaborer un protocole de signalement identique à toute personne qui est confrontée à un enfant

maltraité. A commencer par une fiche de transmission commune, inspirée de la fiche de transmission d'une information préoccupante pour un enfant en danger ou en risque de l'être conformément à la loi du 5 mars 2007 (Arrieta, 2013). Cette fiche détaille les profils de la personne signataire de l'information préoccupante, de l'enfant et la situation décrite.

Les connaissances

Il faut toujours signaler tout événement suspect et inquiétant¹⁵ ou devant une preuve de sévices. L'anonymat du signal est une option. Selon le ministère de la justice, il existe une moyenne de 3 cas de signalement par semaine. Parmi les professionnels de la santé, 60% ont rencontré des enfants maltraités avec une moyenne de 2 enfants par an. Étrangement, 14% seulement ont rapporté les cas rencontrés aux autorités libanaises. En effet, par prudence, les professionnels sociaux, de santé et de l'éducation ne signalent un enfant que lorsqu'ils sont pleinement persuadés des risques encourus. En outre, les médecins craignent les signalements de cas de maltraitance non prouvés. L'encombrement de la justice augmente le manque de confiance des professionnels de l'enfance qui cherchent par conséquent à résoudre ce problème seuls et tombent eux aussi dans le silence. En effet, ce manque de confiance a été révélé du fait que 41% des cas rapportés sont rarement jugés dans les tribunaux alors que 2% des cas le sont toujours.

Nouvelles Plaintes

Les professionnels qui signalent des faits de maltraitance sur mineurs doivent être informés en retour des suites administratives ou judiciaires qui leur ont été données. C'est ce qu'il convient d'appeler "le retour d'informations" (Arrieta, 2013). Le retour d'information est une nouvelle proposition dans l'amélioration des dispositifs de protection de l'enfant.

- i- Rosenberg, LA, Wissow, LS. Effects of maltreatment on the child. In: Child Advocacy for the Clinician: An Approach to Child Abuse and Neglect, Williams and Wilkins, Baltimore 1990. p.12.
- ii- Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. American Journal of Preventive Medicine, 1998, 14:273-278.
- iii- Olds D et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics, 1986, 78:65-78.
- iv- Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. Pediatrics, 1999, 104:168-177.

- v- Hunter RS et al. Antecedents of child abuse and neglect in premature infants: a prospective study in a newborn intensive care unit. Pediatrics, 1978, 61:629-635.
- vi- LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. Sante' Publique, 1998, 10:305-310.
- vii- Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect, 1998, 22:159-169.
- viii- Equality, development and peace. New York, NY, United Nations Children's Fund, 2000.
- ix- Reece RM, Sege R. Childhood head injuries: accidental or inflicted?. Arch Pediatr Adolesc Med. Jan 2000;154(1):11-5. [Medline].
- x- Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? Lancet, 2000, 356:814-819.
- xi- American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics, 1999, 103:186-191.
- xii- Toward an Efficient Child Protective Strategy in Lebanon: A Call for Pediatricians' True Child Advocacy. G. Hage, B.Gerbaka, Pediatrica 2007
- xiii- Wolfe DA et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988, 56:40-47.
- xiv- MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. Canadian Medical Association Journal, 2000, 163:1451-1458.
- xv- Ludwig, S. Child abuse. In: Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 5th ed, Fleisher, GR, Ludwig, S, Henretig, FM (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006. p.1761.
- xvi- LeBihan C et al. The role of the national education physician in the management of child abuse. Sante' Publique, 1998, 10:305-310
- xvii- GERBAKA B., LEBBOS R., Enfants maltraités au Liban: diagnostic et signalement. Tawarek, la revue des acteurs de l'urgence, Octobre 2009-No.3
- xviii- Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect, 1998, 22:159-169.
- xix- World Report on Violence and Health. World Health Organization. Available at http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf. Accessed December 2, 2008.
- xx- The David and Lucile Packard Foundation. Homevisiting: recent program evaluations. The Future of Children, 1999, 9:1-223.
- xxi- Spivey MI et al. Association of injury visits in children and child maltreatment reports. J Emerg Med 2009; 36: 207-14.
- xxii- Alpert EJ et al. Family violence curricula in US medical schools. American Journal of Preventive Medicine, 1998, 14:273-278.
- xxiii- Saade, DN, Simon, HK, Greenwald, M. Abused children. Missed opportunities for recognition in the ED. Acad Emerg Med 2002; 9:524
- xxiv- Finkelhor D, Berliner L. Research on the treatment of sexually abused children: a review and recommendations. Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry, 1995, 34:1408-1423.

15- Méfiance vis à vis des adultes; Passivité, inhibition ou agressivité, instabilité; Crainte de rentrer chez soi Angoisses; Tristesse permanente; Explications suspectes; Absentéisme inexplicable; Somnolence; Difficultés à soutenir son attention; Vol de nourriture; Présence régulière dans des terrains vagues; Fatigue permanente; Tristesse permanente; Chute des résultats scolaires ou non scolarisation; Conduite anormalement infantile; Difficulté de la marche ou de la station assise; Douleurs, démangeaisons ou plaies des régions génitales; Discours à connotation sexuelle; Inhibition; Relations médiocres avec sescamarades; Mutisme; Difficultés d'attention; Ennui; Auto-accusation