



HAL
open science

Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes

Hasna El Hanaoui-Atif

► **To cite this version:**

Hasna El Hanaoui-Atif. Le signalement des maltraitances à enfants par les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00708587

HAL Id: dumas-00708587

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708587v1>

Submitted on 15 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012

**LE SIGNALEMENT DES MALTRAITANCES A ENFANTS PAR LES
MEDECINS GENERALISTES**

THESE

Présentée Pour l'obtention Du Doctorat En Médecine

DIPLOME D'ETAT

Hasna EL HANAOUÏ-ATIF

Née le 18 juin 1975

à Casablanca (Maroc)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 11 juin 2012

Devant le jury composé de :

Président du jury :

M. Le Professeur Jacques GRIFFET

Membres du jury :

M. Le Professeur Philippe MERLOZ

M. Le Professeur Alexandre KRAINIK

Mme Le Docteur Anne-Pascale MICHARD-LENOIR

M. Le Docteur Moustapha SOUSSI (directeur de thèse)

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

<p>Liste des Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers Faculté de Médecine de Grenoble</p>
--

ALBALADEJO	Pierre	Anesthésie-réanimation
ARVIEUX- BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique Médicale et technologie de la communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine Légale et Droit de la Santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie Et Imagerie Médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermatologie-Vénérologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
BERGER	François	Biologie Cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie et radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique Médicale et technologie de la communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie D'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et Cytologie Pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et Imagerie Médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique, médecine d'Urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire, Médecine Vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique Médicale et technologie de la communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique Médicale et technologie de la communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et Santé Du Travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique Médicale et technologie de la communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie Générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et Imagerie Médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie Infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie Et Cytologie Pathologiques
LE BAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie Maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermatologie Vénérologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie Vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé du Travail
MAURIN	Max	Bactériologie- virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
MORAND	Patrice	Bactériologie- virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie

MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie Plastique, reconstructrice, esthétique, brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésie-Réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie Et Mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine Physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine Vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie Infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie Obstétrique
RAMBEAUD	J. Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	J. Paul	Ophthalmologique
SARAGAGLIA	Dominique	Clinique Orthopédique Et Traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la Reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie Vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie Et Biologie Moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique Et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie

<p>Liste des Maitres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers Faculté de Médecine de Grenoble</p>
--

BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé du travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et Histologie
BRENIER-PINCHART	M. Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie, transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie, virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique Médicale et technologie de la communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et Histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique Médicale et technologie de la communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie Et Cytologie Pathologiques
PAYSANT	François	Médecine Légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatistiques, informatique Médicale et technologie de la communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jacques GRIFFET,
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse considération.

Au Professeur Philippe MERLOZ,
Vous avez accepté de faire partie des membres de ce jury.
Recevez ici l'expression de mes remerciements sincères.

Au Professeur Alexandre KRAINIK,
Vous avez accepté de participer à ce jury,
Soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Anne-Pascale MICHARD-LENOIR,
Vous avez accepté de juger mon travail,
Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Au Docteur Moustapha SOUSSI,
Tu as accepté de diriger mon travail et tu l'as orienté avec une très grande disponibilité.
Je ne pourrais te remercier assez pour tes encouragements, ton aide et tes conseils. Un grand merci pour ton enthousiasme tout au long de ce travail. C'était un réel plaisir de travailler avec toi. Sois assuré de mon amitié sincère.

A tous les médecins généralistes qui ont gentiment acceptés de répondre à mon questionnaire en prenant sur leur temps si précieux, et qui m'ont ainsi permis de réaliser ce travail.

À mes parents, Brahim et Mahjouba, qui m'ont toujours soutenue pendant ces longues années d'étude et sans qui je n'aurais pu concrétiser ce rêve de devenir médecin. Merci de m'avoir encouragé dans ma vocation. Je vous serai éternellement reconnaissante de ce que vous avez fait pour moi. Pour la chaleur de votre foyer, votre soutien inébranlable quelque soit la distance et les difficultés, pour tout ce que vous donnez à tous sans rien attendre en retour, pour tout ce que vous m'avez transmis et sans qui je ne serai pas là aujourd'hui... Merci d'être toujours aussi présents. Je vous aime.

A mon grand-père Bouzkri HMAMDI qui, alors que je commençais à peine à marcher, m'a prédit la voie que j'ai choisie aujourd'hui. Je suis heureuse d'avoir pu t'accompagner dans tes derniers instants. Je pense à toi et je prie pour la paix de ton âme.

A mes grands-parents, Mohamed et Maghnia EL HANAOUI, qui ne sont plus là aujourd'hui mais qui, je l'espère, seraient fiers de leur petite-fille. Paix à vos âmes.

A ma grand-mère Fatna HMAMDI, pour qui je serais toujours « zarkat el ainine ». Je t'aime.

A mes frères, merci de m'avoir supportée et soutenue. J'espère être là aussi pour vous.

À mes oncles, tantes, cousines et cousins, ainsi que ma belle-famille pour tous les moments partagés ensemble et pleins de joie.

A mes amis de Grenoble et d'ailleurs, merci d'être présents et de rendre la vie plus douce.

Au Docteur Richard MORATI, mon médecin de famille, dont la gentillesse et l'humanité m'ont sans aucun doute donné envie de faire de la médecine générale. En espérant un jour vous égaler.

Et enfin...

A Abdelghani, mon amour avec qui je partage tant. Merci de m'avoir épaulée lors de mes moments de doutes au cours de ce travail. Merci pour ton soutien et ta complicité au quotidien. Et merci pour Inès-Rim, Yacine et Aya. Ils sont nos plus belles réussites.



Secouer peut tuer ou handicaper à vie

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
RAPPELS	14
A LES MALTRAITANCES	16
a- Rappel historique	16
b- Définition	18
c- Clinique	20
1) Pathologies traumatiques	22
a- Les lésions cutanées	22
b- Les brûlures	23
c- Les fractures	24
d- Les lésions cranio-cérébrales	26
e- Les lésions otologiques	28
f- Les lésions viscérales	28
2) Pathologies carencielles et sévices psychologiques	30
3) Abus et sévices sexuels	32
4) Violences institutionnelles	33
5) Formes particulières de maltraitance	34
a- Le Syndrome de Münchhausen par procuration	34
b- L'inceste	35
6) Le décès	35
d- Facteurs de risque	36
1) Liés aux enfants	37
2) Liés aux parents	38
3) Circonstances favorisantes	40
B LE SIGNALEMENT	41
a- Définition	41
b- Législation	41
c- Le signalement : une faculté ou une obligation ?	42

d- Comment faire un bon signalement ?	44
1) Que signaler ?	44
2) Comment signaler ?	45
3) A qui signaler ?	46
a- Information préoccupante	46
b- Signalement judiciaire	47
MATERIEL ET METHODES	50
A LA POPULATION ETUDIEE	50
B LE QUESTIONNAIRE	50
C RECUEIL DES DONNEES	50
RESULTATS	53
ETUDE D'UN CAS CLINIQUE	71
DISCUSSION	76
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXES	94

INTRODUCTION

La maltraitance est un fléau qui touche un très grand nombre d'enfants chaque année. Malheureusement, un nombre important de ces enfants décède des suites de ces sévices. Ainsi, selon le rapport de l'ODAS, en 2006, il y a eu 98000 signalements d'enfants en danger.

Enfants maltraités, enfants en danger, enfants à risque de maltraitance : il existe différentes catégories d'importance comme il existe différents type de maltraitance. La maltraitance peut prendre de très nombreuses formes, toucher tous les âges et toutes les catégories socio-économiques.

Depuis des dizaines d'années, plusieurs médecins et leurs équipes ont tenté de décrire les manifestations physiques, psychologiques et radiologiques pouvant aider à s'orienter vers le diagnostic de maltraitance.

Le plus dur dans la prise en charge de ces enfants est leur détection. Savoir si un enfant est maltraité physiquement ou encore psychologiquement, voir si l'attitude qu'ont ses parents vis-à-vis de lui n'est pas néfaste à son développement psychomoteur, moral ou social est l'étape la plus importante. Elle peut être faite par n'importe lequel d'entre nous mais il existe des catégories de personnes qui semblent peut être plus à même de découvrir ces maltraitements : enseignants, acteurs sociaux, personnels de santé.

Le médecin traitant, médecin de famille, a une place à la fois privilégiée et ambiguë vis-à-vis de ses patients. En effet, il est souvent le confident de la famille, celui vers qui l'on se tourne en cas de problème, qui est là pour écouter sans juger. Mais justement, cette relation de confiance peut être en conflit avec le sentiment de devoir, de protection qu'il peut ressentir face à des enfants en souffrance. Un sentiment de trahison peut alors apparaître chez certains praticiens, s'ils se retrouvent face à une situation qui pourrait nécessiter un signalement (1).

Même si chaque année beaucoup d'enfants maltraités ou à risque sont signalés, ce n'est que rarement le fait de médecins. (2)

Comment les médecins généralistes se situent-ils face à la maltraitance ? Hésitent-ils à signaler les situations auxquelles ils seraient confrontés ? Et si c'est le cas, quelles sont les raisons pour qu'ils signalent si peu ? Signalent-ils peu car ils ne rencontrent pas tant de maltraitements que ça ou parce qu'ils ne savent pas quelle attitude choisir ?

Arriver à discerner les obstacles que rencontrent les médecins dans leur pratique quotidienne, face au signalement et à la prise en charge des maltraitances nous permettra d'essayer de comprendre et de trouver des solutions pour y remédier.

RAPPELS

« Les adultes veulent comprendre les enfants et les dominer : ils devraient les écouter. »

Françoise DOLTO, La cause des enfants

« Quel que soit le sein que j'ai mordu, je ne me rappelle pas une caresse du temps où j'étais petit, je n'ai pas été dorloté, tapoté, baisoté ; j'ai été beaucoup fouetté. »

Jules Vallès, L'enfant

A LES MALTRAITANCES

a- Rappel historique

La maltraitance à enfants n'est pas un problème nouveau. Le mot *maltraitance* n'est apparu que récemment, « Le Robert, dictionnaire historique de la langue française, indiquant la date de 1987 » (3). Pourtant, les actes de violences sur les enfants ont toujours existé.

Ainsi, dès 200 avant J.-C, SORANUS, médecin grec à Ephèse décrit dans un traité destiné aux sages femmes, les signes permettant de reconnaître les nouveau-nés valant la peine d'être élevés, les autres pouvant donc être tués. SORANUS encourageait donc l'infanticide, forme extrême des maltraitances. Jusqu'au 3^{ème} siècle, le père, « le maître de la maison [...] dispose du droit de vie ou de mort sur les membres de la maison » : c'était le Pater Familias (4).

Pendant le Moyen Âge, les infanticides dans les classes populaires restent monnaie courante, moyen simple mais barbare de lutter contre la misère. L'enfant n'est considéré que comme « un adulte miniature », qui n'a pas de place propre dans la société. Il est très tôt sollicité pour travailler et contribuer à l'entretien du foyer. « [II] participe à la guerre, aux mêmes travaux et aux mêmes jeux que les adultes. » (5)

Au 17^{ème} siècle, un sentiment nouveau apparaît et la place de l'enfant grandit enfin au sein de la famille. En 1638, saint Vincent de Paul fonde à Paris l'hôpital des enfants trouvés et la communauté des filles de la charité, permettant une meilleure prise en charge des enfants abandonnés.

Le 18^{ème} siècle sera un siècle de bouleversement à bien des niveaux. Jean Jacques Rousseau est un des premiers à « regarder l'enfant comme une personne ayant sa valeur propre et comme un être plein de potentialité, dont il faut s'efforcer de connaître la nature et les besoins. »(5)

En 1790, les « lettres de cachet du roi », qui donnaient aux pères tout pouvoir sur leurs enfants, même majeurs, sont abolies.

La loi du 28 juin 1793 charge la nation de l'éducation physique et morale des enfants abandonnés, mais elle ne sera malheureusement pas appliquée.

Au 19^{ème} siècle, l'infanticide reste fréquent dans la société. BROCHARD, dans son livre « de la mortalité des nourrissons en France, Paris 1866 », avance que « trop souvent les matrones donneuses de vie deviennent des faiseuses d'ange », qui cachent leurs meurtres sous la dénomination d'enfants mort-nés.

En 1841, la première loi réglementant le travail des enfants est votée. Elle interdit l'emploi des moins de 8 ans, limite la journée à 8 heures pour les 8-12 ans, 12 heures pour les 12-16 ans et interdit le travail de nuit au moins de 13 ans. (Voir Annexe 1)

En 1874, la loi du 23 décembre instaure le contrôle médical des enfants placés et la protection sanitaire des enfants de moins de deux ans placés en nourrice, faisant diminuer considérablement la mortalité des enfants abandonnés et confiés à l'Assistance publique.

Les châtiments corporels étaient très largement admis, tout comme la brutalité des méthodes disciplinaires dans l'éducation. Ne dit-on pas qui aime bien châtie bien ? Les coups ont été autorisés dans les établissements scolaires jusqu'en 1886, date de la création de l'école publique.

Il faudra attendre 1889, pour que la première mesure de protection des enfants maltraités et moralement abandonnés soit mise en place avec le vote de « la première loi qui, dans notre pays, a voulu réprimer les abus de l'exercice de la puissance paternelle » (6) avec l'apparition de la déchéance des droits de l'autorité parentale. « L'expression d'enfants maltraités figurait dans l'intitulé de la loi du 24 juillet 1889 » (7). C'est cette loi qui fait avancer les choses sur le plan légal car elle « introduit des sanctions pénales contre les parents coupables de sévices ou de violences sur leurs enfants mineurs. » (5)

La loi de 1898 promulgue, elle, « la répression des violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers des enfants » (art.312 du Code Pénal).

Ce n'est qu'au 19^{ème} siècle que des médecins vont se pencher sur le problème, faisant prendre conscience que les châtiments corporels et la cruauté mentale, loin d'être des modes d'éducation, sont des vrais actes de violence pouvant avoir des conséquences graves sur l'adulte en devenir.

Ainsi en 1860, Ambroise TARDIEU, médecin français, dans une étude médico-légale sur les sévices et attentats aux mœurs, fait la première description clinique des sévices corporels (8). Il décrit 32 cas d'enfants maltraités dont 18 étaient morts, et 339 cas de sévices sexuels sur des enfants de moins de 11 ans. Il y décrit également le contexte social et psychologique, insistant sur le fait que « les bourreaux sont le plus souvent ceux-là même qui leur ont donné le jour ». Il y observe également que les « liens du sang, loin d'opposer une barrière à ces coupables entraînements, ne servent trop souvent qu'à les favoriser : des

pères abusent de leurs filles, des frères abusent de leurs sœurs ... » Ce plaidoyer en faveur des enfants maltraités est resté lettre morte pendant près d'un siècle.

En 1939, un neurochirurgien américain, le Dr Franc D. INGRAHAM, établit la relation entre le traumatisme provoqué et les hématomes sous-duraux retrouvés, posant la première pierre de ce qui deviendra le Syndrome de l'enfant secoué.

En 1946, Le Dr CAFFEY, radio-pédiatre de son état, y ajoute la seconde pierre en insistant sur l'association qui existe entre fractures des membres et hématomes sous-duraux, dans les cas de traumatisme provoqué (9).

C'est en 1953, que le Dr SILVERMAN, met en évidence l'aspect radiologique particulier de certaines fractures multiples, se trouvant être d'âge différent, plus ou moins bien consolidées, faisant évoquer une maltraitance (10). Ses travaux aboutissent finalement par la publication en 1962, avec la collaboration du Dr KEMPE, pédiatre et du Dr STEELE, pédopsychiatre, d'un article intitulé « le syndrome de l'enfant battu » qui développe les aspects cliniques, psychologiques et radiologiques des maltraitances à enfants (11). Cet article représentera la prise de conscience de la communauté médicale mondiale ainsi que du reste de la population, entraînant dans sa suite de nombreuses études et publications sur le sujet tant en matière clinique, psychopathologie, prise en charge, prévention qu'en matière de justice et de lois.

En France, c'est à deux pédiatres, le Pr. NEIMANN à Nancy et le Dr STRAUS à Paris, que l'on doit le travail de sensibilisation des médecins, professionnels de santé et travailleurs sociaux. En effet, Pierre STRAUS crée en 1979, l'Association Française pour l'Information et la Recherche sur l'Enfance Maltraitée (AFIREM).

b- Définition (12)

Jusqu'au jour d'aujourd'hui, aucune définition officielle des maltraitances ou mauvais traitements à enfants n'a été avancée, mais plusieurs tentatives pour les définir ont été faites. Ainsi, au début le terme le plus utilisé était celui d' « enfant battu », ne retenant que l'idée de violences physiques.

Mais dans les années 80, apparaît le concept plus large d' « enfant maltraité ». Pour le Dr Philippe MACQUET, dans son mémoire, l'enfant maltraité est « tout enfant de 0 à 15 ans subissant des violences physiques, morales, psychologiques ou affectives que ce soit de façon active ou passives (omissions, carences) qui retentissent de façon grave sur son état de santé et quel qu'en soit l'auteur présumé, familial ou institutionnel. » (13)

Pour la commission Jacques Barrot de décembre 1988, « on désigne communément sous le vocable d'enfants maltraités, les enfants victimes, de la part de leurs parents ou d'adultes en ayant la garde, soit des brutalités volontaires, soit d'une absence intentionnelle de soins entraînant des lésions physiques ou des troubles de l'état général. On y inclut également les enfants victimes de comportements plus difficiles à mettre en évidence car ne laissant aucune trace physique : brutalités mieux contrôlées, comportements sadiques, manifestations de rejet, de mépris, d'abandon affectif, exigences éducatives disproportionnées... et bien évidemment les abus sexuels. Leur retentissement sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être aussi grave que celui des sévices corporels. »

Pour l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) « l'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, de cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » (14).

« Dans son sens élargi, la maltraitance correspond au terme américain d'«*abuse*», et est très clairement connoté négativement. »(7)

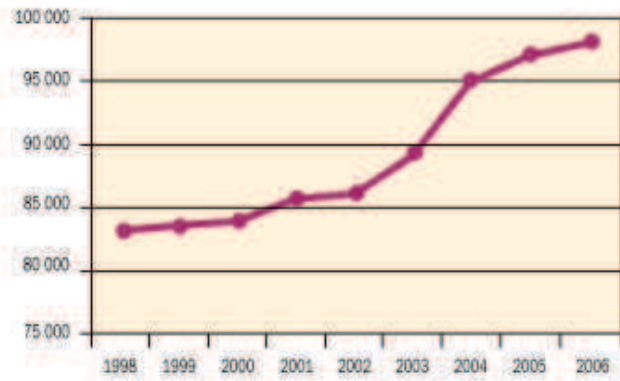
En français, l'élément important de la définition est le préfixe «*mal*» qui permet de recouvrir toutes les formes de mauvais traitements et toutes les victimes possibles.

Deux notions ont été à ce jour clairement définies, permettant une meilleure reconnaissance : les enfants maltraités et les enfants en risque, l'ensemble constituant les enfants en danger.

- Enfant maltraité : enfant victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.
- Enfant en risque : enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas maltraité pour autant.
- Enfants en danger : ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance ou par la Justice.

Ces dernières années, leur nombre, qui était stable, a de nouveau augmenté (Fig.1). C'est surtout le nombre d'enfants à risque qui augmente, le nombre d'enfants maltraités ne variant que peu, autour de 20000 enfants signalés par an (Fig.2)

**Evolution du nombre d'enfants signalés en danger
entre 1998 et 2006**
France métropolitaine



Source Odas 2007

Fig.1

**Évolution du nombre d'enfants signalés en danger
par type de danger (risque ou maltraitance)**

Source Odas 2005

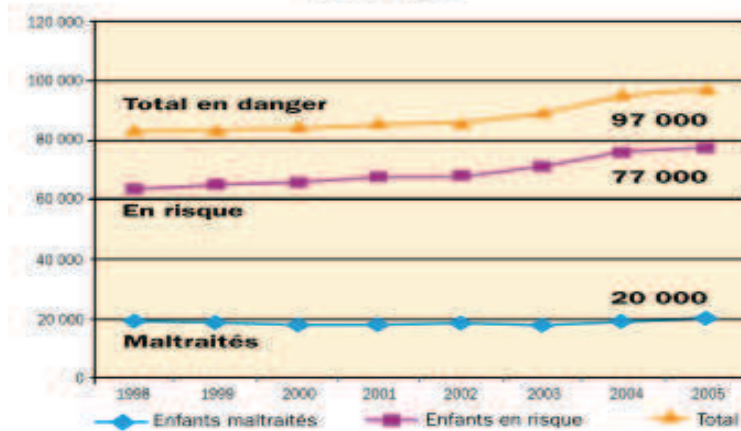


Fig.2

c- Clinique (15)

Tous les lieux et les personnes accueillant des enfants peuvent être amenés, un jour ou l'autre, à faire le diagnostic de maltraitance sur un enfant qu'ils prennent en charge. Il est donc très important de savoir détecter et évaluer la gravité de la situation dans laquelle se trouve l'enfant.

Les professionnels de santé rencontrent des difficultés dans l'établissement d'un diagnostic de maltraitance car « il n'existe pas de critère clinique pathognomonique de maltraitance. » (16)

« Les violences sont rarement verbalisées par l'enfant ; il exprime souvent ce qu'il a subi à travers des plaintes somatiques et des troubles du comportement qu'il est important de savoir décoder.» (17)

Il existe différents types de sévices, soit par action, soit par omission (privation de soins élémentaires et de nourriture). En règle générale, les maltraitances sont rangées en 4 catégories :

- Pathologies traumatiques
- Pathologies carencielles et sévices psychologiques
- Abus et sévices sexuels
- Violences institutionnelles

Pendant très longtemps, le risque principalement évoqué était le risque physique mais l'on sait dorénavant qu'il est loin d'être le plus important (Fig.3), largement devancé par les risques éducatifs et psychologiques.

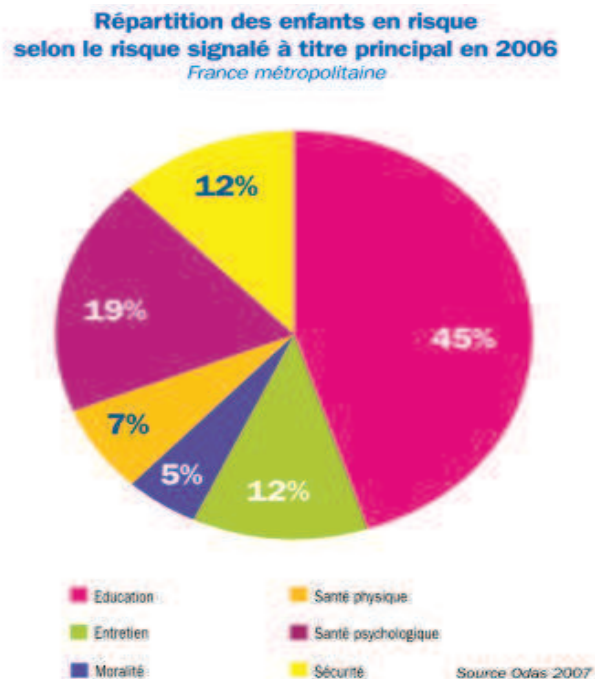


Fig.3

1) Pathologies traumatiques (17)

Les lésions traumatiques sont nombreuses et variées. C'est leur multiplicité et/ou leur localisation inhabituelle qui doit attirer notre attention.

Les sévices physiques se répartissent en plusieurs catégories, d'importance différente :

- les lésions cutanées (40 à 80%)
- les brûlures (8 à 16%)
- les fractures (10 à 45%)
- les atteintes cranio-cérébrales (3 à 18%)
- les lésions viscérales (3%)

a- Les lésions cutanées (Fig.4)

Ce sont les lésions les plus fréquemment retrouvées dans les cas de maltraitances. Elles sont souvent négligées, surinfectées. On a différents types de lésions qui sont représentées par :

* les ecchymoses et hématomes qui sont consécutifs aux coups, gifles, manœuvres de pincement ou de strangulation, de contentions forcées.

Il est important d'éliminer en premier lieu une cause hématologique à ces symptômes

* les plaies qui sont dues, elles, aux griffures, morsures, lacérations

* les plaies endobuccales avec atteinte du palais, de la luette qui sont évocatrices d'un forçage alimentaire

* l'alopécie qui résulte d'arrachements brutaux

Ces lésions ne sont évocatrices que par leur multiplicité, leur forme et certaines localisations. Avant l'âge des déplacements, c'est-à-dire 9 mois, les ecchymoses sont extrêmement rares. « La moindre contusion sur le corps d'un nourrisson qui ne marche pas est toujours hautement suspecte et doit conduire à une évaluation. » (17) Des lésions multiples d'âges différents doivent faire penser à la possibilité d'une maltraitance. Il faut également garder à l'esprit qu'une chute dans les escaliers, explication souvent avancée par les parents, donne rarement des lésions à plus d'un endroit. Elle ne peut expliquer qu'un enfant soit couvert de bleus.



Fig.4

b- Les brûlures

Il existe différents types de brûlures :

* brûlures par immersion, dont les limites sont nettes et la profondeur uniforme. On retrouve un aspect de brûlure « en chaussette » (Fig.5) si elle touche un membre inférieur ou en « en gant » (Fig.6) si elle touche le membre supérieur.

* brûlures par contact direct, qui sont très suspectes si elles intéressent le dos de la main ou la paume car un enfant se brûlant seul sur un objet brûlant retirerait immédiatement sa main, ce qui n'entraînerait qu'une atteinte des parties charnues.

* brûlures de cigarettes qui sont circulaires, nettes mais qu'on peut facilement confondre avec un impétigo si elles sont surinfectées.

* brûlures par objet porté au rouge, qui peuvent donc prendre des formes très diverses, mais auxquelles il faut penser.



Fig.5



Fig.6

c- Les fractures

Il s'agit de la deuxième forme de lésions les plus fréquentes des sévices physiques. Une fracture seule peut difficilement être imputable à une maltraitance. C'est le grand nombre de fractures, souvent d'âge différent qui doit faire suspecter des sévices. Les zones les plus fréquemment en cause sont : les côtes (Fig.7), le crâne (Fig.8) et les os propres du nez.

Toute fracture chez un enfant de moins d'un an doit faire l'objet d'une attention toute particulière avec interrogatoire spécifique et évaluation du risque encouru par l'enfant.

« Avant l'âge de 2 ans, la symptomatologie est souvent fruste et les radiographies du squelette complet doivent être systématiques. » (17)

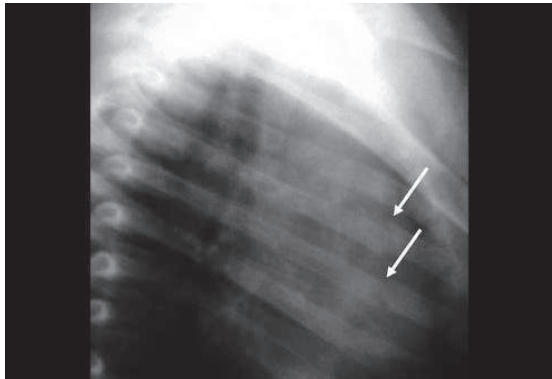


Fig.7



Fig.8

Le syndrome de Silverman ne se voit que chez le nourrisson. Il comprend des fractures multiples d'âges différents qui associent des arrachements métaphysaires, des décollements périostés avec des hématomes sous-périostés plus ou moins volumineux et parfois d'autres fractures diaphysaires (Fig.9 et Fig.10) ou des os plats. Elles sont secondaires à des manœuvres d'étirement, de torsion, de striction. Devant la latence clinique possible de ce syndrome ou la pauvreté des symptômes (gonflement modéré d'un membre, nourrisson algique) il est de règle de faire une radiographie systématique du squelette entier chez tout nourrisson soupçonné d'avoir été maltraité (Fig.11). Le diagnostic différentiel des fractures multiples du très jeune enfant est l'ostéogenèse imparfaite dont « il existe des formes [...] discrètes qui peuvent plus facilement être ignorées. » (18)



Fig.9



Fig.10



Fig. 4. Garçon de 2 mois: pleure beaucoup, ne bouge pas sa jambe droite.

a) Membre inférieur droit : fracture métaphysaire du fémur distal (Ø) et ? du tibia distal et du péroné distal. Réaction périostée du tibia (G).

b) Scintigraphie osseuse : confirme la fracture de la cheville (*). Montre en plus des fractures de côtes multiples (*).

Fig.11

d- Les lésions cranio-cérébrales

« Elles représentent la première cause de décès chez le nourrisson maltraité. » (17)

La présence d'un hématome sous dural, d'une contusion cérébrale (Fig.12) chez un nourrisson ou un petit enfant doit faire suspecter une cause traumatique volontaire (Syndrome du bébé secoué). Ces lésions doivent être recherchées et suspectées devant un tableau de détresse vitale neurologique pour la forme aiguë avec des convulsions non fébriles, un déficit neurologique focalisé, une perte de conscience avec troubles de la vigilance. La forme chronique est plus difficile à appréhender. Le médecin se doit d'y penser devant une augmentation de la vitesse de croissance du périmètre crânien, des troubles du comportement, une régression psychomotrice, des troubles digestifs à type de vomissements ou un arrêt de la croissance pondérale (17).

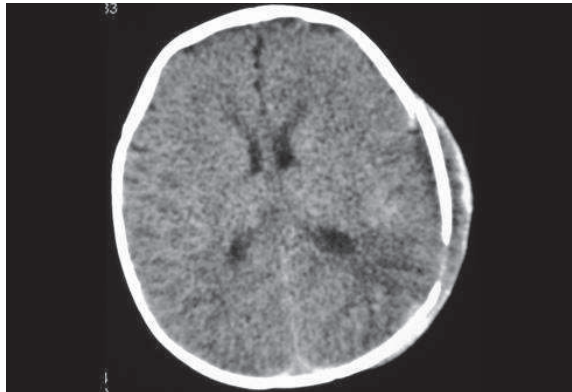


Fig.12

L'hématome sous dural peut mettre en cause le pronostic vital de l'enfant (Fig.13). Il est la cause de la majorité des décès consécutifs aux mauvais traitements. Et dans le cas où la conséquence ne serait pas la mort, il laisse des séquelles neurologiques définitives aussi bien motrices que sensorielles.

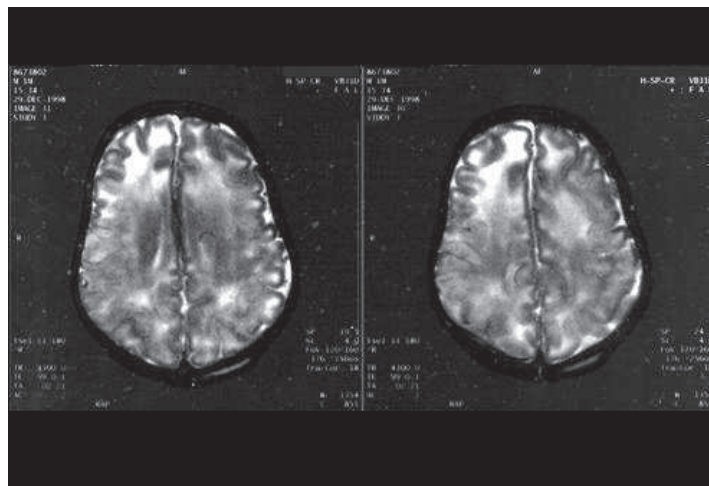


Fig.13

Lorsqu'un examen ophtalmologique est réalisé devant une suspicion de maltraitance, et que l'on retrouve un décollement de rétine, une hémorragie rétinienne (Fig.14) ou sous-conjonctivale, un œdème prérétinien, on doit penser au syndrome du bébé secoué.

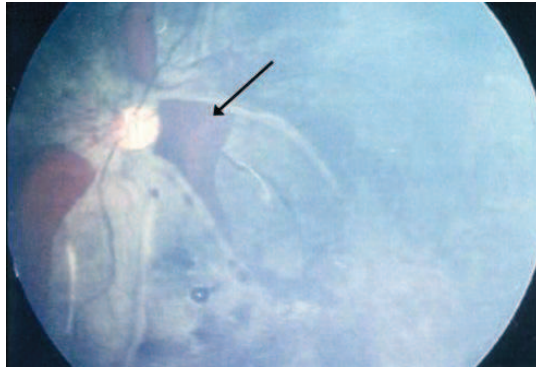


Fig.14

e- Les lésions otologiques

Les lésions qui sont généralement retrouvées sont :

- la rupture du tympan par coups violents portés à la tête créant un effet blast
- la nécrose du pavillon de l'oreille suite à des torsions répétées aboutissant à une déformation en « oreille de boxeur »

f- Les lésions viscérales (17, 19, 20)

Elles sont très rares et dénotent d'une très importante violence. Elles sont majoritairement retrouvées chez les enfants de moins de 5 ans (Fig.15).

	Abused children (n=20)	Children injured by road-traffic accident (n=112)	Children injured by falls (n=52)
Children younger than 5 years	16	14	3
Mean (SD) age (years)	3.73 (3.70)	9.70 (3.82)	10.39 (3.70)
Gut injuries (%)	11 (55%)	28 (21%)	5 (10%)
[n <5 years]	[9]	[5]	[0]
Liver, spleen, and kidney injuries (%)	12 (60%)	75 (67%)	44 (85%)
[n <5 years]	[10]	[9]	[3]

Data are number of children unless otherwise stated.

Table 1: Abdominal injuries in children age 0–14 years

Fig.15

La plus fréquente est l'hématome intramural du duodénum ou du jéjunum, qui est consécutive à l'écrasement de l'iléon sur la colonne vertébrale après des coups violents

portés à l'abdomen. On peut également retrouver un hémothorax ou pneumothorax par contusion thoracique. Tous les organes internes peuvent être touchés de façon plus ou moins importante. En général, ces lésions évoluent à bas bruit et ne sont révélées que par une symptomatologie aiguë, d'où leur fréquente gravité (Fig.16). Malgré leur extrême rareté (1 à 2% des cas de maltraitements), les lésions viscérales représentent la deuxième cause de décès chez l'enfant maltraité. (17, 19)

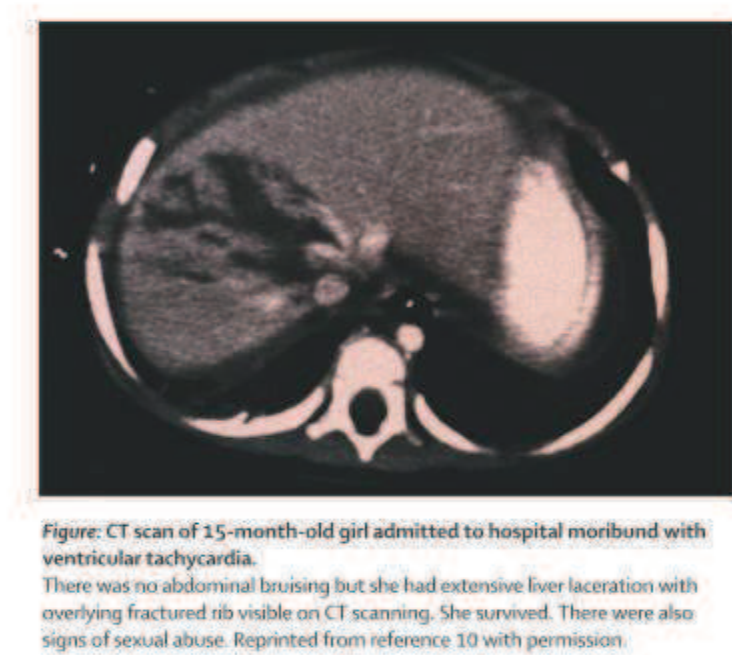


Fig.16

Il existe 3 signes d'alerte importants qui doivent faire penser au médecin que les symptômes ou blessures présentés par l'enfant sont probablement le fait d'une maltraitance :

- « retard existant entre le moment de l'apparition des blessures et le moment de la consultation de l'enfant chez le médecin ;
- la non-concordance entre les constatations cliniques et les explications de l'entourage qui sont confuses, évasives et variables dans le temps ;
- la tendance des auteurs de sévices à présenter l'enfant à des médecins différents pour égarer les soupçons. » (16)

2) Pathologies carencielles et sévices psychologiques (12)

« En 2006, les maltraitances psychologiques et les négligences lourdes représentent 44% des situations recensées »(21). Comme le montre la fig.17, ce chiffre est en nette progression.

Comparaison de la typologie des maltraitances signalées en 1998, 2002 et 2006

France métropolitaine

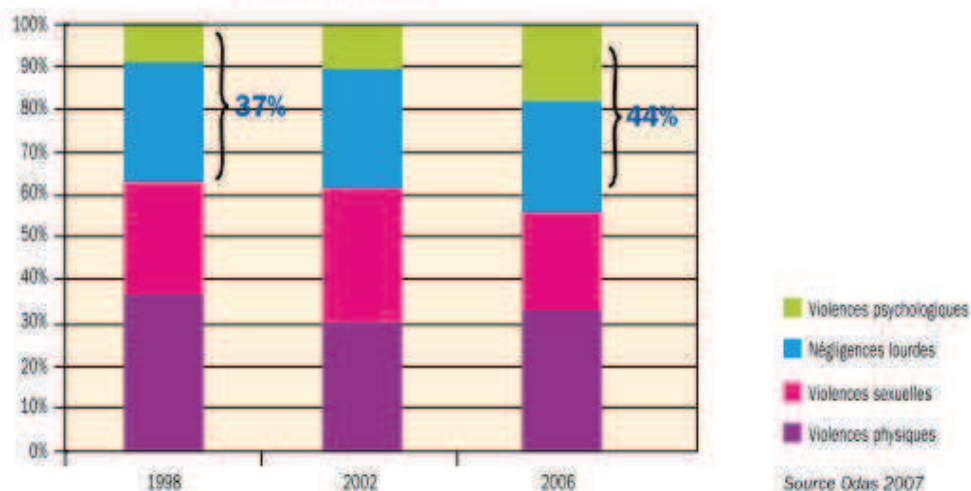


Fig.17

La mise en évidence de tels traumatismes est très difficile même s'ils sont très fréquents. Il est donc important de les garder en tête lors de tout examen. De plus, il est important de savoir que ce type de maltraitance a des conséquences sur le long terme au moins aussi dévastatrices que les violences physiques ou les abus sexuels.

La cruauté mentale consiste en une exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliation, menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées pour l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. Même si elle n'est que rarement décrite comme une maltraitance principale, la cruauté mentale « est fréquemment citée en complément des abus sexuels ou à des violences physiques. » (13)

La négligence lourde se manifeste souvent par une dénutrition, un retard staturo-pondéral ou dans le développement psychomoteur de l'enfant, qui s'améliore en général très nettement lors d'une hospitalisation pour bilan de cassure de courbe de poids, bilan d'encéphalite ou de débilité. Le nanisme d'origine psychosociale est un tableau clinique particulier, regroupant les caractéristiques suivantes :

- enfant âgé de 2 à 10 ans, avec un poids insuffisant pour sa taille
- présence de troubles du comportement tels que potomanie, troubles alimentaires, accès de colère, troubles du sommeil graves
- conditions familiales pathologiques

Il peut s'agir de carences de soins avec lésions dermatologiques dues à une hygiène défectueuse.

Il peut aussi s'agir d'intoxications soit :

- accidentelles par manque de surveillance (médicaments, produits toxiques...)
- volontaires pour rire du comportement de l'enfant sous l'effet de l'alcool ou pour avoir le calme en donnant des doses massives de tranquillisants

Les sévices psychologiques sont souvent à l'origine de troubles du comportement très contradictoires allant de l'apathie, la tristesse, la terreur à un comportement auto voire hétéro-agressif.

C'est le changement du caractère habituel de l'enfant qui signale la problématique. L'enfant peut être très agité, instable, agressif, violent, perturbateur, cherchant à se faire frapper ou se mettant toujours en situation de danger, sujet aux accidents. Il peut présenter des troubles des conduites sociales : isolement volontaire, évitement des contacts ou à l'opposé, être trop facile, affectueux, s'attachant indistinctement à toute personne entrant en contact avec lui. On peut également retrouver des troubles psychosomatiques tels que les troubles des conduites alimentaires, troubles du sommeil, énurésie, encoprésie.

Il est important de noter que « le poids des violences psychologiques a doublé entre 1998 et 2006 » (21) (Fig.18)

Évolution des types de mauvais traitements signalés entre 1998 et 2006
France métropolitaine

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Violences physiques	7 000	6 500	6 600	5 800	5 600	5 800	6 600	6 400	6 300
Violences sexuelles	5 000	4 800	5 500	5 900	5 900	5 200	5 500	4 700	4 300
Négligences lourdes	5 300	5 400	4 800	4 700	5 000	4 400	4 400	5 100	5 000
Violences psychologiques	1 700	1 800	1 400	1 600	2 000	2 600	2 500	3 800	3 400
Total des enfants maltraités	19 000	18 500	18 300	18 000	18 500	18 000	19 000	20 000	19 000

Source Odas 2007

Fig.18

3) Abus et sévices sexuels (22)

On définit d'abus ou sévices sexuel, « toute participation d'un enfant ou d'un adolescent mineur à des activités sexuelles qu'il n'est pas capable de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psychosexuel, qu'il subit sous la contrainte par violence ou séduction, qui transgressent les tabous sociaux », de la part de ses parents ou de tout adulte ayant autorité sur lui (17).

Pendant de très longues années, cet aspect des maltraitances a été occulté, restant un sujet tabou dans l'inconscient collectif. L'enfant victime de maltraitance doit faire face à ce qu'on appelle le « syndrome d'adaptation », qui est constitué par un ensemble de sentiments très complexes : notion de secret, sentiment d'isolement et de désorientation (l'enfant étant méfiant des étrangers mais pas de sa famille), sentiment de piège.

Face à toute l'énergie que doit développer l'enfant pour combattre ces sentiments afin de révéler son « secret », l'adulte confident doit tout mettre en œuvre pour recevoir, accompagner, guider et soutenir cet enfant.

Les sévices sexuels peuvent être à l'origine de lésions traumatiques des organes génitaux, de l'anus, parfois associées à d'autres signes de violences physiques (traces de strangulation, de contention, ecchymoses...).

Ils peuvent être à l'origine de maladies sexuellement transmissibles (Gonococcie, chlamydia, syphilis, condylomes vénériens, H.I.V.) qu'il faudra rechercher par l'examen

clinique, les prélèvements bactériologiques des organes génitaux externes, de l'anus, de la bouche, et des prélèvements sérologiques qu'il faudra penser à répéter à distance de l'agression.

Les sévices sexuels devront aussi être recherchés devant des symptômes beaucoup moins spécifiques tels que des douleurs abdominales ou des infections urinaires récidivantes, des troubles du comportement : masturbation compulsive, rituels de lavage des organes génitaux, préoccupation sexuelle et connaissance inappropriée au jeune âge de l'enfant.

On peut également retrouver des troubles psychosomatiques tels que : énurésie, encoprésie, constipation, anorexie, obésité, terreurs nocturnes. Il existe aussi parfois des troubles psychiatriques comme la dépression, les tentatives de suicide, le mutisme, le repli, les automutilations.

Mais, beaucoup plus souvent, c'est l'apparition de troubles du comportement chez un enfant antérieurement « sain » qui doivent alerter :

- changement récent et massif de l'humeur avec pleurs, tristesse
- désinvestissement scolaire brutal, chute des résultats scolaires
- peur brutale des hommes
- refus de rentrer au domicile
- refus de se coucher, de se déshabiller avant d'aller se coucher

La survenue d'une grossesse chez une très jeune adolescente ou la demande d'une IVG faite par une jeune fille accompagnée de son père ou de celui qui joue ce rôle doit supposer l'éventualité d'un abus sexuel.

4) Violences institutionnelles

On qualifie de violences institutionnelles, les violences et négligences graves qui ont lieu au sein des institutions qui sont le relais de la famille pour la garde, les soins ou l'éducation des enfants (établissements sanitaires et sociaux, familles d'accueil, hôpital). Le genre de violence et le type de sévices sont très divers. Ce sont celles « que subissent les usagers dans les institutions spécialisées, sociales et médico-sociales. Elles ne sont pas

exercées seulement par des professionnels, mais aussi par des usagers de l'institution entre eux. » (3) C'est en 1982, que Stanislas Tomkiewicz met en lumière la notion de violence institutionnelle, comme étant « toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure. » (3)

5) Formes particulières de maltraitance

a- Le Syndrome de Münchhausen par procuration

Le syndrome de Münchhausen par procuration est une forme de maltraitance où le parent maltraitant, malade psychologiquement, déclare de façon mensongère que son enfant présente des symptômes qui induisent soit des prescriptions médicamenteuses, soit des actes médicaux invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique. Le parent maltraitant peut également provoquer des symptômes réels par l'administration de médicaments, de façon à attirer sur son enfant, donc sur lui l'attention des soignants.

Les falsifications sont très diverses, variant de l'histoire purement verbale adressée au médecin, à la mise en acte agressive directe dans le corps de l'enfant, proche des sévices physiques. La violence physique est donc soit totalement déléguée aux soignants par l'intermédiaire des actes médicaux (dans 25 % des cas), soit déjà agie par l'adulte responsable des troubles factices, et plus ou moins accompagnée d'autres falsifications.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont les convulsions, les malaises, les troubles de la conscience, les apnées, la fièvre, la diarrhée, les vomissements, les saignements d'origine diverses, les éruptions cutanées ou manifestations allergiques, recouvrant ainsi la plupart des situations décrites en pathologie pédiatrique.

Cependant, un enfant souvent hospitalisé ou conduit chez le médecin devrait toujours attirer l'attention du pédiatre et certains signes doivent plus particulièrement l'alerter :

- une maladie prolongée inexplicable ;
- des signes incongrus et inhabituels dans le tableau initial ou n'apparaissant qu'en présence du parent maltraitant, qui est le plus souvent la mère ;
- un enfant souffrant d'allergies innombrables aux médicaments et aux aliments ;
- des traitements inefficaces ou mal tolérés ;
- une mère ne quittant pas son enfant à l'hôpital, demandant toujours plus de soins mais peu inquiète de la lourdeur des procédures médicales ;

- décès dans la fratrie ;
- nombreuses sorties contre avis médical dans les antécédents du patient.

b- L'inceste

L'inceste est défini comme une relation à caractère sexuel entre un enfant ou un adolescent et un adulte qui occupe une position d'autorité parentale vis-à-vis de lui, que cet adulte soit son parent biologique ou un substitut parental.

L'inceste représente près de la moitié des situations d'abus sexuels (17). Il est retrouvé dans des conditions de vie très différentes :

- familles très défavorisées avec conduites addictives multiples, maltraitances variées
- familles de statut socioculturel normal, où l'enfant est abusé sexuellement mais aussi affectivement, souvent sans violence mais au prix de menaces ou de marchandages. Le silence ou voir même la complicité du conjoint pose le problème de la responsabilité parentale.
- familles au fonctionnement pathologique où l'abus de l'enfant se fait dans un contexte de déséquilibre psychiatrique patent.

Ce que l'on retrouve le plus souvent chez les victimes d'inceste est le sentiment de honte, de culpabilité qui les empêche de se confier et les pousser à se sacrifier pour éviter les conséquences sur le fonctionnement familial.

C'est dans ce cas particulier d'abus sexuel que la notion de secret du dévoilement demandé par l'enfant lui-même prend tout son sens. Le médecin devra tout mettre en œuvre afin de protéger la jeune victime.

6) Le décès (1,12)

C'est la conséquence ultime des maltraitances. Et son importance est non négligeable et très certainement sous-estimée. Selon L'OMS, chaque année dans le monde environ 155000 décès d'enfants de moins de 15 ans sont dus à des maltraitances ou des négligences. « Les décès de nourrissons, consécutifs à des sévices, représentent, et c'est probablement vrai pour beaucoup de pays européens, la deuxième cause de mortalité infantile passée la première semaine de vie. » (13)

Les chiffres de la maltraitance sont éloquentes quand on sait que chaque jour en France « deux enfants en meurent ». (23)

Chaque année, 5 à 10% des décès chez les enfants sont dus à des mauvais traitements. Overpeck, dans son étude, a montré que ce chiffre est encore plus important et effrayant quand on regarde la population des enfants de moins d'un an. En effet dans cette tranche d'âge, 80% des décès enregistrés sont dus à des actes de maltraitance (24). Le décès est l'occasion de mettre en évidence soit par constatation directe, soit par autopsie, une situation de maltraitance jusque là méconnue (sévices physiques, carences de soins, négligences coupables) (1).

Après autopsie, 3 à 6% des morts subites du nourrisson se révèlent être des morts secondaires à des mauvais traitements.

« En cas de décès d'enfant, le signalement prend un caractère légal incontournable. » (25) Il est en effet nécessaire pour comprendre et savoir ce qui s'est passé, afin que les parents puissent faire leur travail de deuil.

d- Facteurs de risque (12) (26)

Plusieurs études ont montré que plus de 80% des maltraitances ont été perpétrées par les parents ou par les représentants de l'autorité parentale. Il n'existe pas réellement de « profil » de parent maltraitant, ni d'enfant victime. Mais on a noté que des éléments étaient associés avec une incidence plus élevée de mauvais traitement. La présence de ces éléments doit éveiller l'attention sans pour autant faire poser le diagnostic à elle seule. Mais leur absence ne peut faire éliminer la possibilité d'une maltraitance.

La violence intrafamiliale est un facteur de risque élevé. Aux Etats Unis, le risque de maltraitance infantile est 15 fois plus élevé dans les familles où il y a des actes de violences conjugales (27).

En France, Le SNATEM a mené une étude de 2003 à 2004, qui a démontré le lien entre violences conjugales et maltraitance infantile. En effet, 80% des enfants victimes de mauvais traitement étaient témoins de violences conjugales (28)

1) Liés aux enfants

Ce sont habituellement des enfants jeunes, qui ont moins de 10 ans (Fig.19) et dans la plupart des cas des garçons (Fig.20).

Âges des enfants signalés en 2006
France métropolitaine

	0/2 ans	3/5 ans	6/10 ans	11/14 ans	15/17 ans	18/21 ans	Total
Filles	6 500	7 600	12 000	10 300	9 400	1 700	47 500
Garçons	6 700	8 300	13 800	12 300	8 200	1 200	50 500
Ensemble	13 200	15 900	25 800	22 600	17 600	2 900	98 000

Source Odas 2007

Fig.19

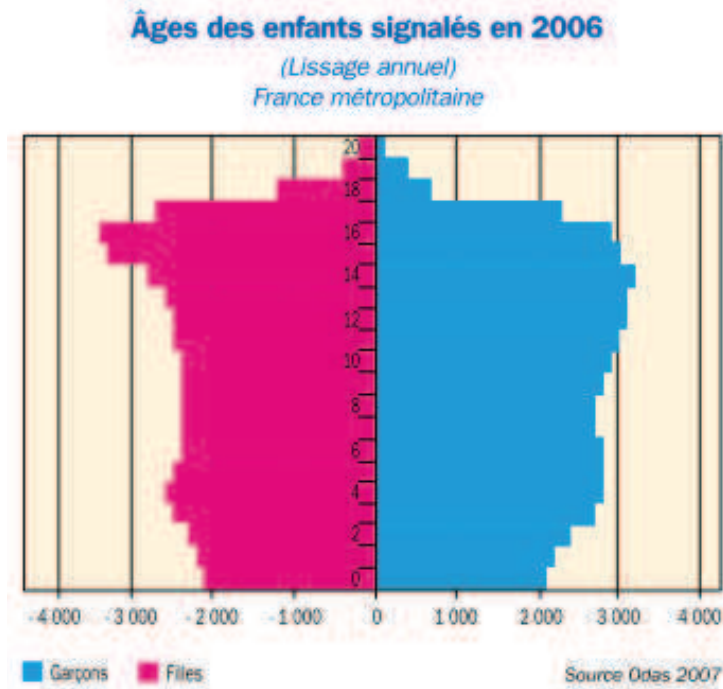


Fig.20

Il s'agit souvent d'enfant « cible », les autres membres de la fratrie étant normalement traités.

Il s'agit très souvent d'enfants qui sont plus difficiles à accepter pour les parents ou avec qui la relation n'a pas pu être bien établie:

- enfant handicapé : le handicap étant un facteur de risque supplémentaire de maltraitances physiques et de négligence (29)
- enfant prématuré
- enfant adultérin, né d'un premier mariage ou non désiré
- jumeau
- enfant « de remplacement » d'un aîné décédé
- enfant qui incarne l'abandon du conjoint ou un deuil concomitant à sa naissance
- enfant ayant séjourné en néonatalogie
- enfant ayant souvent été absent à la suite d'hospitalisations répétées, de placements en nourrice ou pouponnière. Si les liens ne sont pas maintenus, si le retour n'est pas préparé, l'enfant peut manifester des troubles du comportement (anorexie, énurésie, encoprésie, troubles du sommeil, agitation, hostilité) auxquels les parents répondent par une incompréhension qui peut prendre le masque d'un rejet ou de manifestations agressives.

2) Liés aux parents (30) (Fig.21)

« Les difficultés intrafamiliales se trouvent trois fois sur quatre à l'origine du signalement. » (21)

Il peut s'agir de malades mentaux connus : schizophrènes, paranoïaques, déséquilibrés agressifs. Les parents aux antécédents psychiatriques ont un taux de maltraitance 3 fois plus élevé que la moyenne (31).

Il peut s'agir de psychopathes dont l'excellente insertion sociale et la normalité apparente rendent le diagnostic et la prise en charge de leur pathologie psychiatrique extrêmement difficiles.

Les conduites addictives telles que l'alcoolisme ou la toxicomanie sont très souvent retrouvées au sein du couple, chez un ou les deux parents. Une intoxication occasionnelle sera responsable d'un acte impulsif qui peut ne pas se reproduire, alors qu'une intoxication chronique sera responsable de négligences pouvant aller jusqu'à l'abandon de l'enfant (32, 33).

Bien des études ont démontrés le fait que « les enfants sont affectés directement ou du fait de la pathologie sociale et/ou mentale dont souffrent leurs parents ». (34)

Mais dans la majorité des cas il s'agit de parents qui ont en commun une froideur ou une immaturité affective, une mauvaise image d'eux-mêmes s'accompagnant d'une intolérance à la frustration, d'une incapacité à supporter les servitudes occasionnées par la présence de leur enfant et à percevoir les besoins de celui-ci. Or, on retrouve pratiquement toujours dans leur propre enfance des perturbations graves. Ils ont eux-mêmes été l'objet de frustrations affectives précoces (carence massive, dissociation familiale, placements multiples), de sévices physiques ou psychologiques. Ils sont à la fois incapables de donner ce qu'ils n'ont jamais reçu et attendent de leur enfant qu'il les guérisse de ce passé douloureux.

La relation parents-enfants n'est pas normale par un manque complet de compétences parentales (méconnaissance du développement normal d'un enfant, attentes irréalistes, discipline excessive ou inconstante...).

Problématiques à l'origine du danger entre 2004 et 2006
France métropolitaine

	Nombre d'enfants concernés par le facteur					
	2004		2005		2006	
Carences éducatives des parents	47 500	soit 50% des enfants signalés	57 200	soit 59% des enfants signalés	51 900	soit 53% des enfants signalés
Conflits de couple et de séparation	28 500	soit 30% des enfants signalés	28 100	soit 29% des enfants signalés	21 700	soit 22% des enfants signalés
Violence conjugales (recensé à partir de 2006)					10 400	soit 11% des enfants signalés
Problèmes psycho pathologiques de parents	12 350	soit 13% des enfants signalés	13 600	soit 14% des enfants signalés	10 800	soit 11% des enfants signalés
Dépendance à l'alcool ou à la drogue	11 400	soit 12% des enfants signalés	11 600	soit 12% des enfants signalés	11 200	soit 11% des enfants signalés
Maladie, décès d'un parents	6 500	soit 7% des enfants signalés	5 800	soit 6% des enfants signalés	5 200	soit 5% des enfants signalés
Chômage, précarité, difficultés financières	12 500	soit 13% des enfants signalés	12 600	soit 13% des enfants signalés	16 000	soit 15% des enfants signalés
Environnement, habitat	7 600	soit 8% des enfants signalés	9 700	soit 10% des enfants signalés	6 800	soit 7% des enfants signalés
Errance, marginale	3 800	soit 4% des enfants signalés	5 100	soit 5% des enfants signalés	3 300	soit 3% des enfants signalés
Autres	11 400	soit 12% des enfants signalés	10 700	soit 12% des enfants signalés	8 900	soit 9% des enfants signalés
Nombre d'enfants signalés	95 000		97 000		98 000	
Nombre total de facteurs cités	141 550	soit 1,5 facteurs cités/enfants	154 400	soit 1,6 facteurs cités/enfants	146 300	soit 1,5 facteurs cités/enfants

Source Odas 2007

Fig.21

3) Circonstances favorisantes (12, 35, 36, 37, 38) (cf. Fig.21)

Ce sont toutes les circonstances de la vie qui engendrent chez l'adulte des frustrations ou une tension abaissant le seuil de tolérance à l'enfant. Ce n'est donc pas très étonnant que statistiquement la majorité des enfants maltraités appartienne à des milieux défavorisés, où les facteurs de stress, de dévalorisation sociale, l'isolement sont fréquemment retrouvés : pauvreté, chômage, surpeuplement, insalubrité, transplantation récente, mères seules, concubinages successifs, enfants de plusieurs lits, placements multiples des enfants en institutions ou chez des nourrices.

De plus, lorsque la pauvreté culturelle interdit de décharger son agressivité sur un mode symbolique ou verbal, la violence devient un mode d'expression privilégié.

A l'opposé, il existe des manifestations de rejet affectif grave, de brimades, d'humiliations, d'exigences éducatives aberrantes, de sévices sexuels ou d'authentiques sévices physiques dans des milieux tout à fait normaux socialement mais qui savent mieux se défendre et se protéger de toute intrusion médico-sociale ou psychologique. En effet, Roussey et al. ont avancé le fait que la surreprésentation des familles défavorisées est certainement due à un biais d'étude, ces familles étant soumises à une plus grande attention des services sociaux que les familles de milieux plus favorisés (39). Il est donc fondamental d'analyser les situations, les individus, les interactions, au-delà des apparences sociales et de se défendre des préjugés que nous pourrions avoir ; cela ne fait que renforcer la nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire en ayant recours au médecin traitant, à la Protection Maternelle et Infantile, au service social, à l'école...

Aujourd'hui, plus que les familles à risque élevé, on recherche à dépister les périodes ou situations critiques :

- modification de statut matrimonial
- survenue d'une grossesse ou d'une naissance non désirée
- changement de domicile fréquent
- retour en famille d'un ou plusieurs enfants placés
- perte d'emploi
- dépression, problème psychiatrique aigu

Les médecins de PMI sont des intervenants privilégiés dans la prévention de l'enfance en danger. Ils « exercent une action préventive de la grossesse et évaluent les situations familiales à risque de maltraitance. » (40) Ils peuvent mettre en place des actions

médico-sociales comme le passage de puéricultrices à domicile afin de « favoriser l'élaboration des liens entre la mère et l'enfant. » (40)

Il est important, quand des familles sont suspectées ou détectées comme étant à risque, de mettre en place différents moyens de prévention de la maltraitance comme les programmes d'éducation parentale, le suivi à domicile, ce qui permettra de désamorcer les situations délicates avant que la maltraitance ne se manifeste.

B LE SIGNALEMENT

a- Définition

Le juge des enfants Philippe CHAILLOU, définit le signalement comme « l'acte professionnel par lequel un tiers dénonce une situation à une autorité qu'il estime compétente ».

Le signalement des maltraitances à enfants est donc le « fait de porter à la connaissance de l'autorité judiciaire un certain nombre d'informations relatives à un mineur, laissant présumé l'existence d'une situation de nature à compromettre sa sécurité physique et morale. » (41)

Il est important de noter que pour les médecins, où quiconque réalisant un signalement, l'objectif « n'est pas de dénoncer l'auteur des fait, mais de signaler une situation de danger vis-à-vis d'un enfant, basé sur des faits établis et non de simples soupçons. » (30)

b- Législation

Selon l'article 62, alinéa 2 du Code Pénal, « il est fait obligation à quiconque a eu connaissance de sévices ou de privations infligés à des mineurs de moins de 15 ans, d'en informer les autorités administratives ou judiciaires ». Le non-respect de cet article peut être sanctionné par une peine de quatre ans de prison.

La levée des sanctions à l'encontre des médecins et autres professionnels de santé qui signalent les sévices à enfants aux autorités administratives ou judiciaires, est prévue par l'article 378 du Code Pénal, alinéa 3.

La loi du 23 décembre 1989 précise la levée du secret professionnel : « N'encourt pas les peines prévues, tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession [...] »

L'article 44 du code de déontologie médical rappelle que « lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur, auprès duquel il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, **en faisant preuve de prudence et de circonspection**, mais en n'hésitant pas si cela est nécessaire à alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de moins de 15 ans.»(42)

c- Le signalement : une faculté ou une obligation ?

La position du médecin généraliste vis à vis des dispositions légales et réglementaires est délicate. En effet, le médecin généraliste a une obligation générale de ne pas violer le secret professionnel mais également une obligation de signaler les mauvais traitements.

La fonction de médecin généraliste suppose une obligation de respect du secret professionnel. Son non-respect engage la responsabilité disciplinaire mais également la responsabilité pénale du médecin. La violation du secret professionnel entraîne une infraction pénale pouvant être punie de 1 an d'emprisonnement et 15000 Euros d'amende selon l'art 226-13 du code pénal.

Mais il n'y a pas de sanction quand la loi impose ou autorise la révélation du secret professionnel. En effet, l'art 226-14 du Code Pénal prévoit une dérogation à l'art 226-13.

« L'art 226-13 (qui est relatif au secret professionnel et à la sanction de sa violation) n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre il n'est pas applicable :

- À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

- Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices 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 toute nature ont été commises. Lorsque la victime est mineure, son accord n'est pas nécessaire. [...]

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

L'avant-dernier alinéa de l'article L.4124-6 du code de la santé publique est supprimé » (43),

La suppression de cet alinéa a permis de renforcer « la protection des médecins en cas de signalement d'actes de maltraitance par la suppression de la possibilité de sanctions par le conseil de l'Ordre pour ce motif » (43) car jusque là, quand des poursuites pour violation du secret professionnel suite à un signalement étaient engagées contre le médecin, le code de la santé publique indiquait seulement que l'instance disciplinaire devait sursoir à son action, jusqu'à la décision de l'instance pénale. Si le signalement n'était pas retenu, le médecin pouvait donc être poursuivi. Grace à cette modification ce n'est plus le cas.

Les art 434-1 et 434-3 du code pénal sanctionnent toute personne ne signalant pas un crime dont il est possible de prévenir ou limiter les effets, des privations, des mauvais traitements ou des atteintes sexuelles infligés à un mineur de 15 ans 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.

Mais le dernier alinéa de ces articles de loi les rend inapplicables aux personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13.

Ces différents articles de loi font en sorte qu'un médecin qui signale ne soit pas poursuivi mais cela n'entraîne pas pour lui une obligation de signalement.

Selon l'art 44 du code de déontologie médicale, "lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou

psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives."

De plus, l'art 223-6 du code pénal punit de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende, « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. »

Le médecin généraliste, bien que dépositaire du secret professionnel, ne peut se soustraire à l'obligation légale et déontologique de porter secours et assistance, entre autres aux mineurs de moins de 15 ans. Même si la faculté de dénoncer n'est pas ériger en obligation, « il n'a pas pour autant le droit à l'indifférence et à l'inaction car le Code Pénal contient en son sein des obligations de secours qui pèsent sur tout citoyen – et donc sur lui-même – et pour lesquelles une attitude de Ponce Pilate pourrait lui valoir de rendre des comptes à la justice pénale. »(44)

« Le soignant n'est donc pas tenu de dénoncer : c'est une faculté qu'il apprécie en conscience. » (23)

d- Comment faire un bon signalement ? (45, 44)

1) Que signaler?

Le médecin généraliste qui est en présence d'un mineur de moins de 15 ans ou d'une personne n'étant pas en mesure de se protéger, qu'il suspecte d'être victime de maltraitance de quelque type que ce soit, doit en fonction du danger encouru et du degré d'urgence, faire un signalement à l'instance adéquate.

« Le signalement se fera sous la forme d'un certificat respectant les principes habituels. »(44) Le certificat ne doit jamais être délivré sans avoir vu et examiné l'enfant et il « doit toujours être rédigé même s'il n'a pas été requis. » (30)

Son contenu doit être parfaitement objectif. Le médecin généraliste se doit de signaler tout élément pouvant constituer une présomption ou une constatation de sévices, privations ou délaissement. Il est un « écrit objectif comprenant une évaluation de la situation d'un mineur présumé en risque de danger ou en danger nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire. »(23)

Après avoir entendu et examiné la personne en question, le médecin généraliste doit rédiger un certificat médical descriptif en bonne et due forme (voir Annexe 2).

Le certificat devra comporter :

- l'identité du médecin
- la date de l'examen
- l'identité et les renseignements concernant la victime (nom, prénom, âge, adresse ...)
- un exposé de la situation ayant motivé le signalement (dates, faits rapportés, faits constatés...)
- les propos de l'enfant et/ou de l'adulte accompagnant entre guillemets ("l'enfant dit que...", "l'enfant a déclaré que...", "l'accompagnateur a déclaré que...")
- les constatations de l'examen clinique, précises et détaillées
- la signature du médecin

Le médecin ne devra en aucun cas cité d'auteur des faits, même présumé. En aucun cas il ne devra mettre en cause de tiers (44). Et, comme le dit Michel Manciaux, le médecin généraliste « lorsqu' [il] rédige un signalement à propos d'un enfant maltraité, [doit s'astreindre] à passer autant de temps, à laisser autant de place pour décrire ce qui ne va pas et justifie le signalement, que pour lister ce qui paraît, au moins potentiellement, positif et sur quoi on va pouvoir s'appuyer pour tenter d'améliorer la situation. » (46)

2) Comment signaler?

Toutes les formes de signalement sont possibles : courrier, téléphone, télécopie ou démarche personnelle, en ayant toujours en tête le principe de "**prudence et circonspection**".

Il est important de garder en mémoire que le signalement est « un document dont le destinataire n'est ni le patient, ni un membre de sa famille, mais une autorité administrative ou judiciaire » (42) que le médecin aura jugé apte à venir en aide à la victime.

Par écrit, le médecin enverra un courrier en recommandé avec accusé de réception, contenant le certificat médical rédigé lors de l'examen et dont il aura gardé un double dans le dossier médical.

Si, en cas d'urgence, le médecin fait un signalement par téléphone, il devra le confirmer dans les délais les plus brefs par un écrit signé, mentionnant ses coordonnées.

3) A qui signaler?

Selon l'art 226-14-1 du code pénal, le signalement peut être fait aux "autorités judiciaires, médicales ou administratives". Le choix, pour le médecin, de l'autorité compétente à contacter va dépendre du degré de gravité et d'urgence de la situation face à laquelle il se trouve.

a- Information préoccupante (47) (Annexe 3)

S'il n'existe pas de critères d'urgence ou de danger pour l'enfant, le médecin peut faire ce que l'on appelle une information préoccupante, terme qui remplace celui de signalement administratif, « qui est l'aboutissement logique d'une évaluation pluridisciplinaire »(48)

Pour cela, il peut s'adresser aux autorités médicales et administratives, qui comprennent :

- le président du conseil Général et ses services, qui ont la charge de « missions d'aide à la famille et à l'enfant » (49)
- le médecin responsable du service de Protection maternelle et infantile (PMI) qui, depuis la loi du 18 décembre 1989, doit dès qu'il « constate que la santé ou le développement de l'enfant est compromis ou menacé par des mauvais traitements [...] provoquer d'urgence toutes mesures appropriées . »(49)

- l'inspecteur du service d'aide sociale à l'enfance (ASE) qui peut « apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille [...] confrontés à de graves difficultés sociales susceptibles de compromettre leur équilibre. » (49)
- l'assistant(e)-chef du service social départemental

Ce type de démarche permet d'évaluer une situation et de prendre les mesures adéquates avec l'accord des parents :

- observation de l'évolution de l'état de l'enfant dans le cadre d'une hospitalisation
- enquête sociale
- rencontre avec l'institution scolaire (enseignants, médecin scolaire)
- réunion de circonscription afin d'évaluer, à partir de l'enquête, les risques encourus par l'enfant
- aides aux familles en difficultés (aides à domicile, aides financières, placement d'un ou plusieurs enfants, assistances éducatives...)
- signalement au Procureur de la république en cas de danger réel pour l'enfant

b- Signalement judiciaire (Annexe 4)

Lorsque le médecin juge se trouver dans une situation d'urgence évidente, de danger pour l'enfant, d'abus sexuel ou de refus des parents de coopérer à une mesure administrative, il est en droit de prévenir les autorités judiciaires. Pour cela, il peut contacter soit :

- le Procureur de la république au TGI (permanence 24h/24 par l'intermédiaire des services de police la nuit) ou au substitut chargé des mineurs du lieu de résidence habituel de l'enfant
- le Juge des Enfants qui « ne peut intervenir que si l'enfant est en danger dans sa santé, sa sécurité, sa moralité ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises. » (49)
- la brigade des mineurs

- la police ou la gendarmerie

La transmission judiciaire du signalement représente un peu plus de la moitié de l'ensemble des signalements, pourcentage qui reste stable malgré l'augmentation des signalements d'enfants en danger (Fig.22)

Judiciarisation des signalements traités par l'ASE entre 1998 et 2006
France métropolitaine

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Transmissions judiciaires	49 000	47 500	47 500	48 000	49 000	52 000	56 000	57 500	56 000
Suites administratives	34 000	36 000	36 300	37 500	37 000	37 000	39 000	39 500	42 000
Total des signalements d'enfants en danger	83 000	83 500	83 800	85 500	86 000	89 000	95 000	97 000	98 000
Judiciarisation des signalements	59%	57%	57%	56%	57%	58%	59%	59%	57%

Source Odas 2007

Fig.22

La différence qu'il existe entre le Procureur et le Juge des Enfants est que « le Procureur prend la décision en urgence et après c'est au juge » qu'il incombe d'agir « longtemps et en profondeur »(50)

Le mieux est de faire hospitaliser l'enfant afin de :

- le soustraire à son agresseur
- de le mettre immédiatement à l'abri d'un éventuel péril imminent,
- de prendre le temps d'évaluer dans le détail une situation familiale et sociale par essence complexe,
- d'effectuer l'ensemble des examens nécessaires à l'appréciation du retentissement physique des sévices, et d'assurer, le cas échéant, les soins somatiques qui s'imposent,

- d'envisager une première approche des répercussions psychologiques des mauvais traitements infligés à l'enfant.

En règle générale, les parents ne s'opposent pas à une hospitalisation.

Le Procureur décide seul de la suite à donner au signalement :

- enquête confiée à un service de police ou de gendarmerie
- poursuite du ou des présumés auteurs d'infractions délictuelles ou criminelles commises au préjudice d'un mineur en ouvrant une information judiciaire, acte qui a pour conséquence de saisir un juge d'instruction
- saisie d'un juge des enfants dans le cadre de l'assistance éducative
- ne pas donner suite au signalement si les éléments ne lui paraissent pas suffisants. Dans ce cas, il avise le service signalant.

MATERIEL ET METHODES

A LA POPULATION ETUDIEE

La population qui a été choisie dans cette étude concerne les médecins généralistes des départements de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie, qui sont maîtres de stage. Il s'agit de médecins généralistes accueillant au sein de leur cabinet médical des étudiants en 3ème cycle d'études médicales, effectuant leur stage chez le praticien.

Il s'agit de médecins ayant une activité soit urbaine, soit rurale, soit mixte.

Les médecins ont été inclus quel que soit leur âge, leur sexe, leur année de thèse, leur type d'installation (en groupe ou seul) ou leurs pratiques particulières (homéopathie, ostéopathie....)

B LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire (voir Annexe 5) est composé de 34 questions majoritairement à choix simple, avec quelques questions à choix multiple. Il peut être divisé en 4 parties.

La première partie, appelée VOTRE PROFIL, contient des questions d'ordre général :

- pratique médicale
- sexe
- nombre d'années d'exercice
- type de cabinet

La seconde partie, appelée VOTRE FORMATION, se compose de 3 questions permettant aux médecins de qualifier leur formation initiale et continue, ainsi que son utilité dans leur pratique quotidienne.

La troisième partie, appelée VOS CONNAISSANCES, se compose de 8 questions qui permet d'avoir une idée de ce que les médecins pensent de leurs connaissances en matière de maltraitance, de reconnaissance de signes, de législation, de secret professionnel et de dérogation au secret.

La quatrième partie, qui est aussi la plus importante, appelée VOTRE PRATIQUE, se compose de 19 questions. Cette partie nous permet de mettre en lumière les actions et réactions qu'auraient ou qu'ont eu les médecins face à des situations de suspicion de maltraitances.

C RECUEIL DES DONNEES

Le questionnaire a été pris en charge par le Centre d'Investigation Clinique du CHU de Grenoble. Il a été mis sous forme d'interview, ce qui a permis aux personnes interrogées de répondre en ligne au questionnaire. Le questionnaire a été adressé à l'ensemble des médecins généralistes maîtres de stage de l'Académie de Grenoble, par courrier électronique. Chaque courrier électronique envoyé contenait :

- un courrier explicatif de notre part
- le lien électronique pour accéder au questionnaire

A chaque fois qu'un médecin cliquait sur le lien et répondait au questionnaire, les données étaient aussitôt saisies et cela grâce au logiciel 123interview.

Pour ce qui est de la réalisation des calculs statistiques, ils ont été réalisés grâce au logiciel StatView.

RESULTATS

A TAUX DE REPONSE

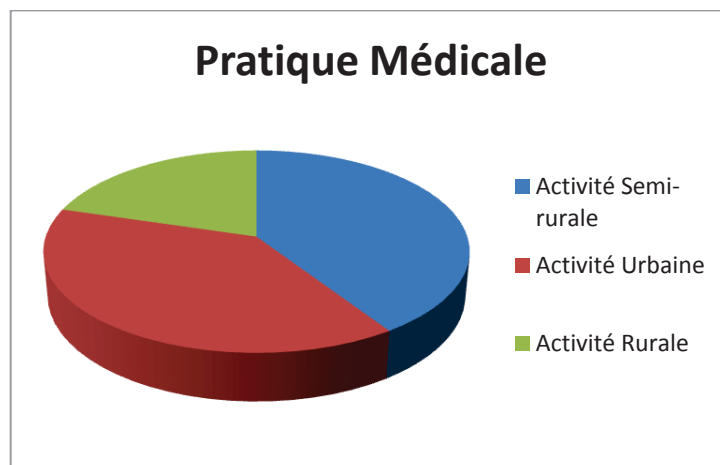
Le questionnaire que nous avons établi a été adressé à 150 médecins-maîtres de stage. Nous avons alors obtenu 55 réponses exploitables, ce qui nous donne un taux de réponse pour notre enquête de 36.6%.

B RESULTATS

1) VOTRE PROFIL

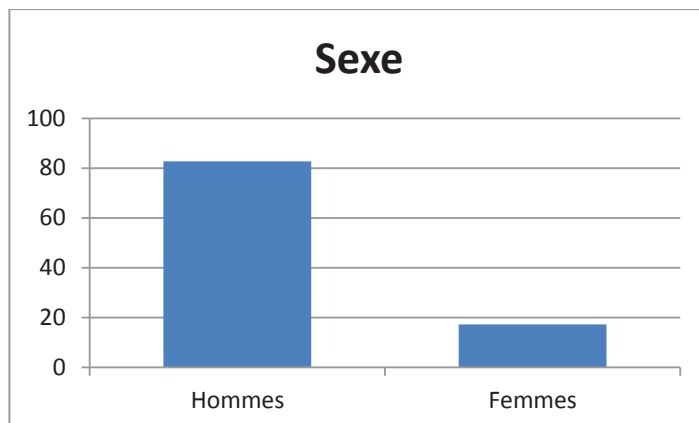
- **Pratique médicale**

40.7% des personnes ayant répondues ont une activité mixte semi-rurale, 38.9% une activité purement urbaine et 20.4% une activité rurale.



- **Sexe**

La population ayant renvoyée son questionnaire est fortement masculine puisque 82.7% des personnes ayant répondues sont des hommes et 17.3% des femmes.

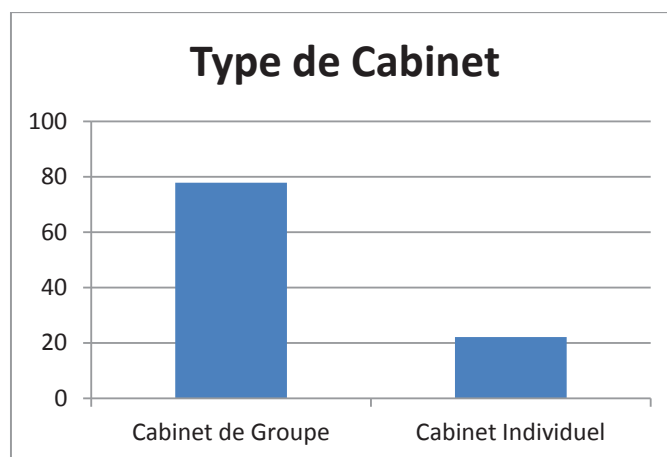


- Nombre d'années d'exercice

La moyenne d'années d'activité est de 21ans avec une activité la plus récente de 6ans et la plus ancienne de 32ans.

- Type de cabinet

77.8% des médecins ayant répondu travaillent au sein d'un cabinet de groupe, ce qui fait une grande majorité. Seulement 22.2% travaillent de façon individuelle.



2) VOTRE FORMATION

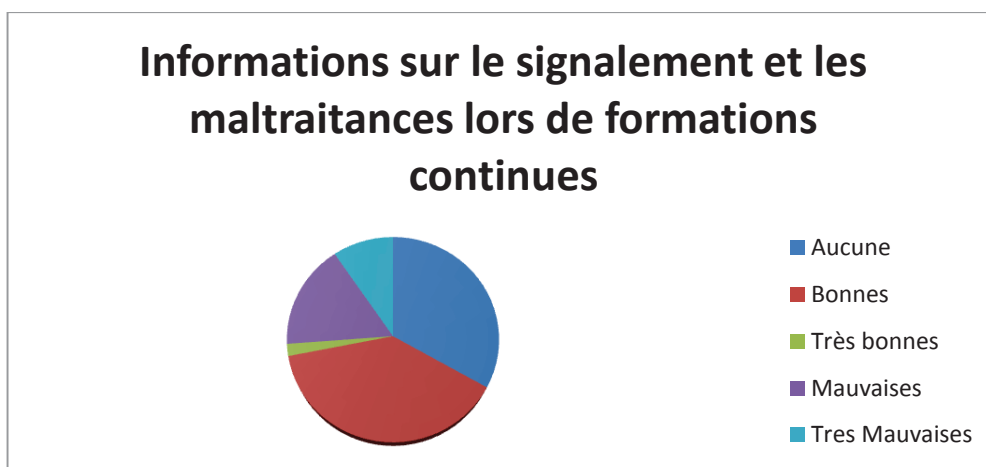
- Enseignement sur le signalement et les maltraitances lors de la formation initiale

Seul 13.2% signalent avoir reçu un enseignement de bonne qualité lors de leur formation initiale. 47.2% eux déclarent n'avoir reçu aucun enseignement, 17% un enseignement mauvais, voire très mauvais pour 22.6% des médecins ayant répondu.



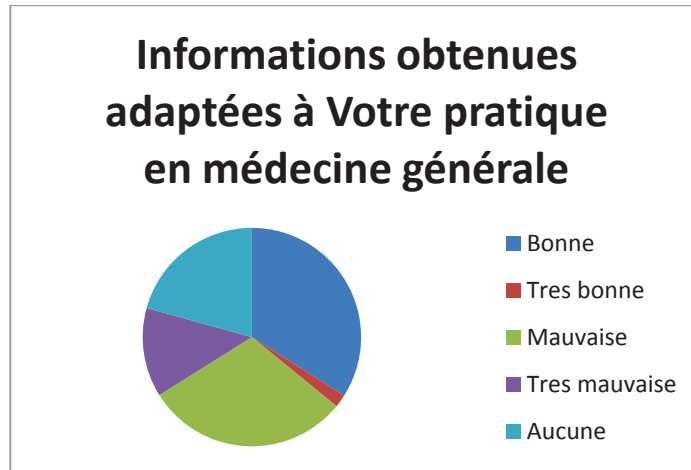
- Informations sur le signalement et les maltraitances lors de formations continues

Près de 38.9% jugent l'enseignement de bonne qualité lors des formations continues et 33.3% déclarent ne pas avoir reçu d'enseignement sur ce sujet. 16.7% jugent les formations mauvaises et même très mauvaises pour 9.6% des médecins. Seul 1.9% des médecins interrogés ont été pleinement satisfaits de leur formation sur le signalement et les maltraitances.



- Informations obtenues adaptées à la pratique en médecine générale

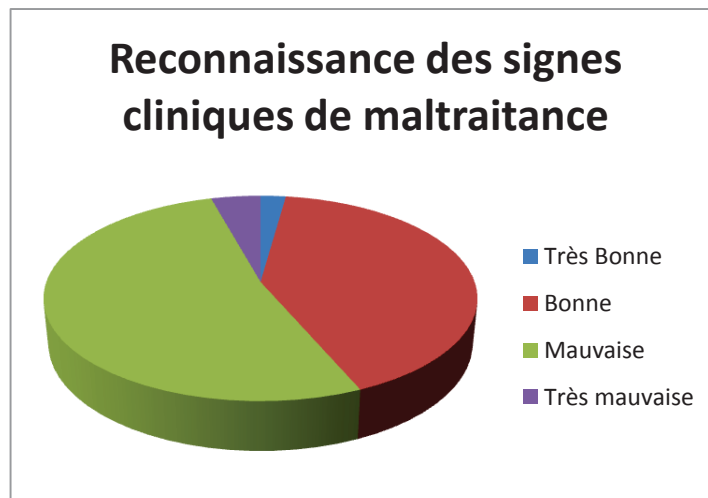
Quand elles ont été obtenues, les informations sur le signalement et les maltraitances sont très bonnes pour 1.9% des médecins, bonnes pour 34% des médecins ayant répondu, mauvaises pour 30.2% d'entre eux, très mauvaises pour 13.2%. 20,7% déclarent qu'elles ne sont aucunement adaptées



3) VOS CONNAISSANCES

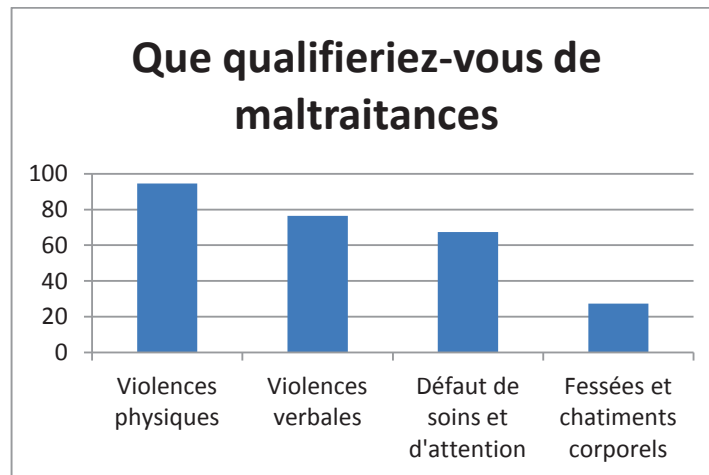
- reconnaissance des signes cliniques de maltraitance

52.2% de la population ayant répondu dit avoir une mauvaise connaissance des signes permettant de reconnaître ou suspecter une maltraitance. 41.3% pensent qu'en même avoir une bonne connaissance des ces signes. 2.2% pensent avoir une très bonne connaissance et 4.3% une très mauvaise connaissance de ces signes.



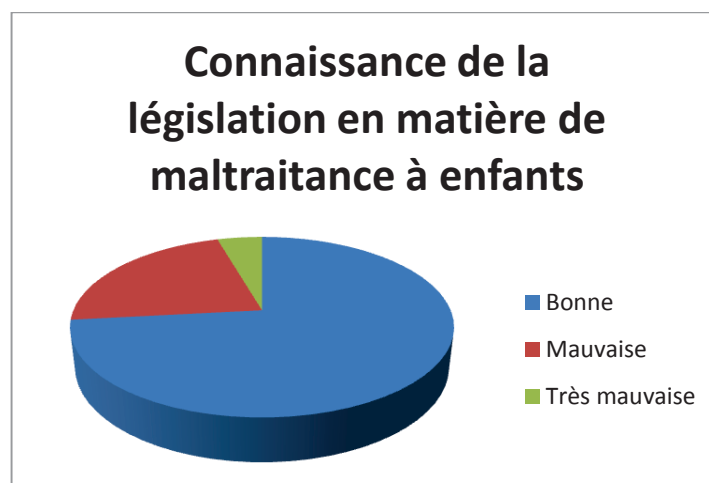
- que qualifieriez-vous de maltraitements ?

94.5% des médecins ayant répondu au questionnaire jugent que la violence physique est une maltraitance. Pour 76.4% d'entre eux la violence verbale est aussi une forme de maltraitance. Pour 67.3% le défaut de soins et d'attention est une maltraitance. On note que seulement 27.3% des médecins répondants qualifient les fessées et tout autre châtiment corporel comme une forme de maltraitance.



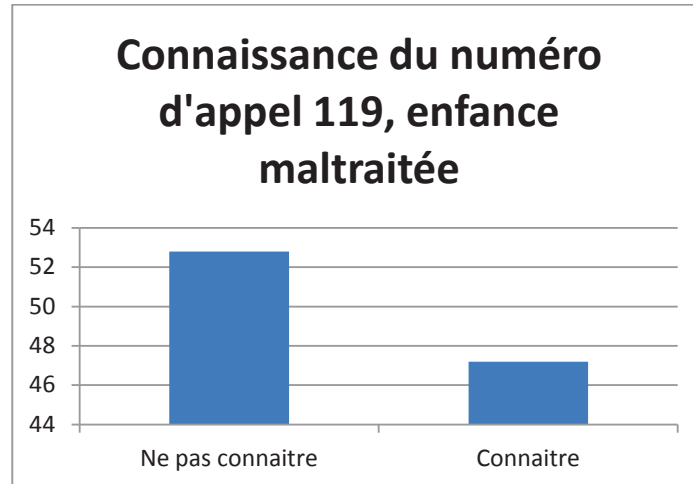
- connaissance de la législation en matière de maltraitance à enfants

73.3% pensent avoir une bonne connaissance de cette législation. 22.2% pensent avoir une mauvaise connaissance et 4.5% une très mauvaise connaissance de cette législation.



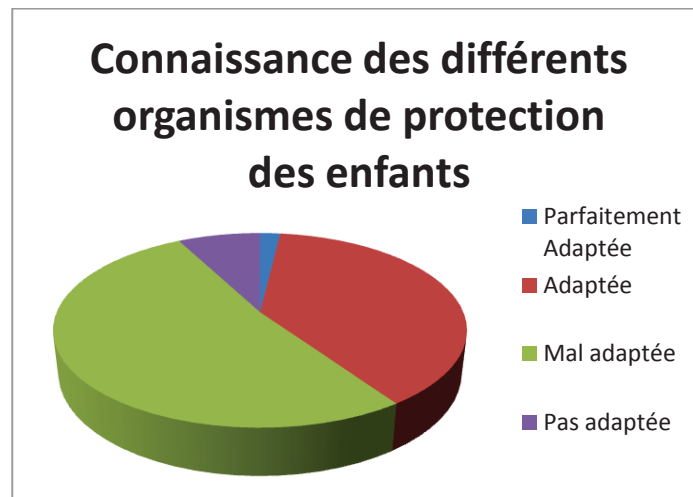
- Connaissance du numéro d'appel 119, enfance maltraitée

52.8% disent ne pas connaître ce numéro. 47.2% disent le connaître.



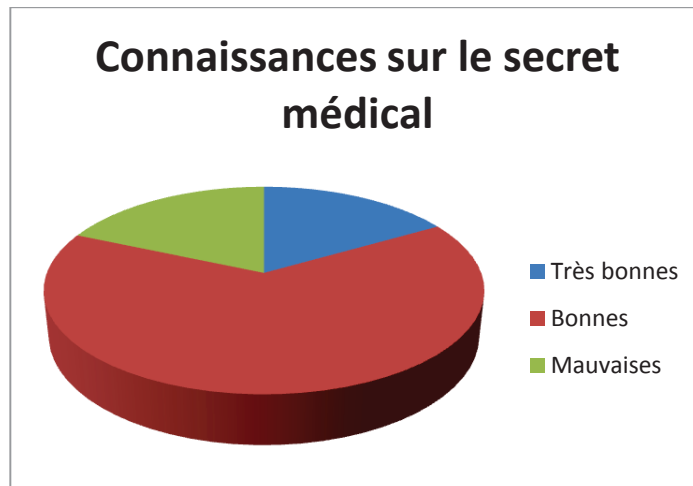
- connaissance des différents organismes de protection des enfants

51.9% des médecins ayant répondu pensent que leur connaissance des organismes de protection infantile est mal adaptée, 38.5% qu'elle est adaptée, 7.7% qu'elle n'est pas adaptée du tout et 1.9% pensent que cette connaissance est parfaitement adaptée.

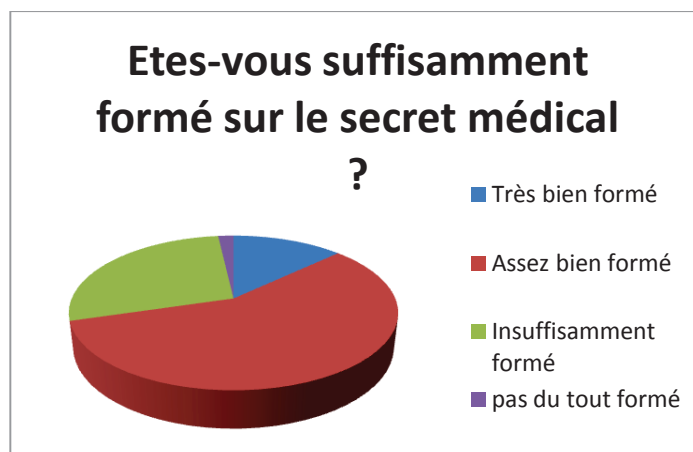


- connaissances sur le secret médical

64.8% des médecins pensent avoir de bonnes connaissances sur le secret médical, 18.5% pensent avoir de mauvaises connaissances et 16.7% de très bonnes connaissances.

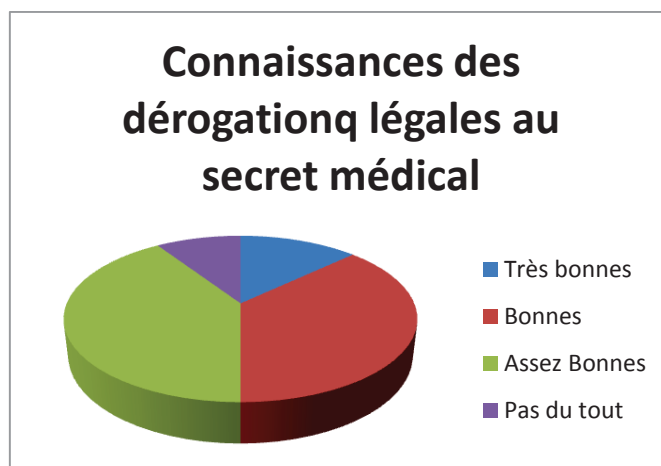


- Etes-vous suffisamment formé sur le secret médical ? 57.4% pensent être assez bien formés sur le secret médical, 27.8% pensent être insuffisamment formés, 13% très bien formés et 1.8% pas du tout formés.



- Connaissances des dérogations légales au secret médical

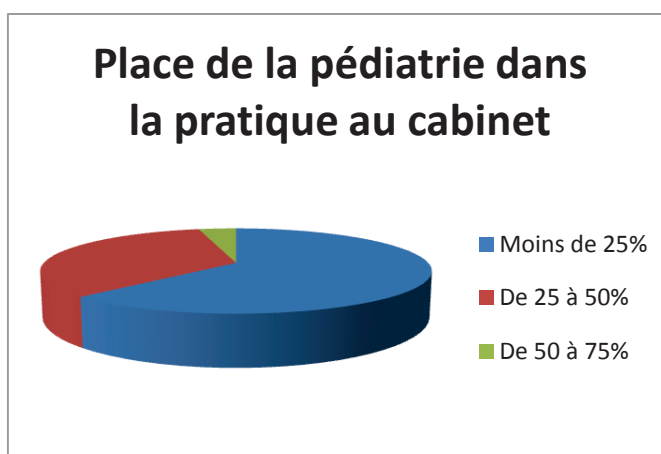
40.7% pensent assez bien connaître les dérogations, 37% pensent bien connaître les dérogations légales au secret médical, 13% très bien et 9.3% pas du tout.



4) VOTRE PRATIQUE

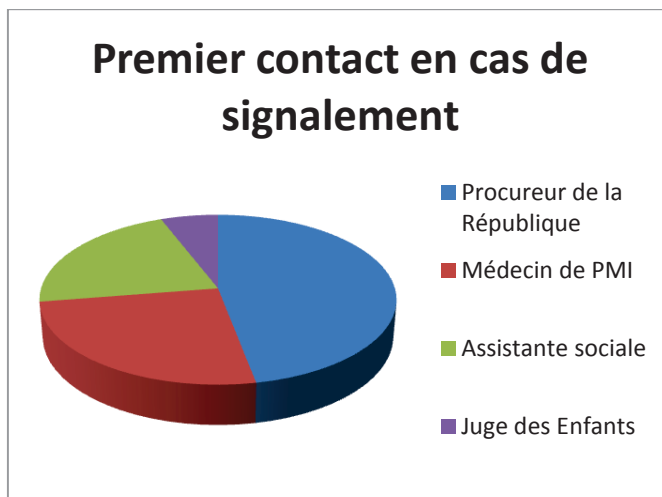
- Place de la pédiatrie dans la pratique au cabinet

62.3% des médecins font moins de 25% de pédiatrie dans leur pratique médicale. Pour 34% d'entre eux, la pédiatrie occupe de 25 à 50% de leur pratique. 3.7% des médecins font de 50 à 75% de pédiatrie.



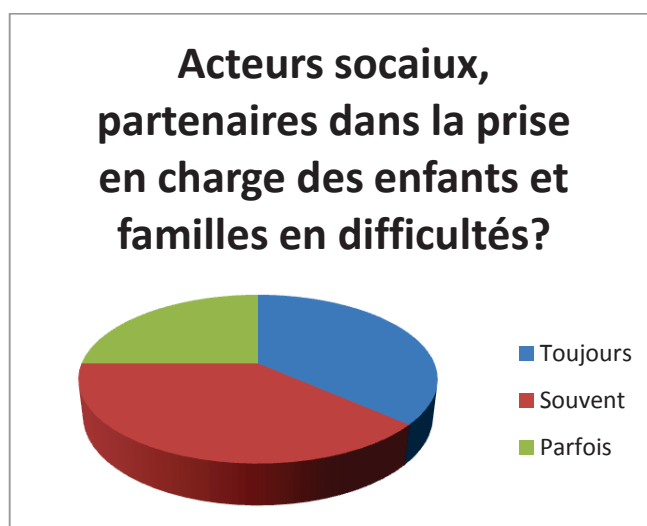
- Premier contact en cas de signalement

47% contacteraient en premier lieu le Procureur de la République, 25.5% le médecin de PMI, 21.6% l'assistante sociale et 5.9% le juge pour enfants.



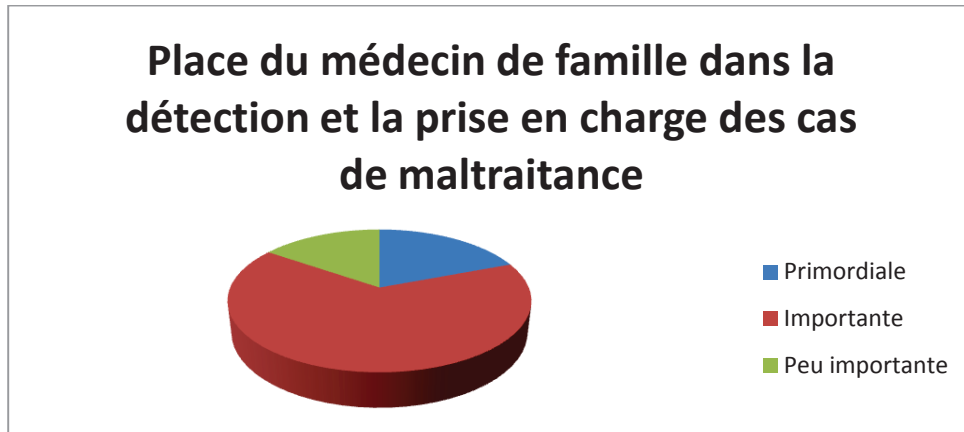
- Les acteurs sociaux, partenaires dans la prise en charge des enfants et familles en difficultés ?

38.5% pensent que les acteurs sociaux sont souvent des partenaires dans la prise en charge des enfants et familles en difficultés, 36.5% pensent qu'ils sont toujours des partenaires, et 25% parfois.



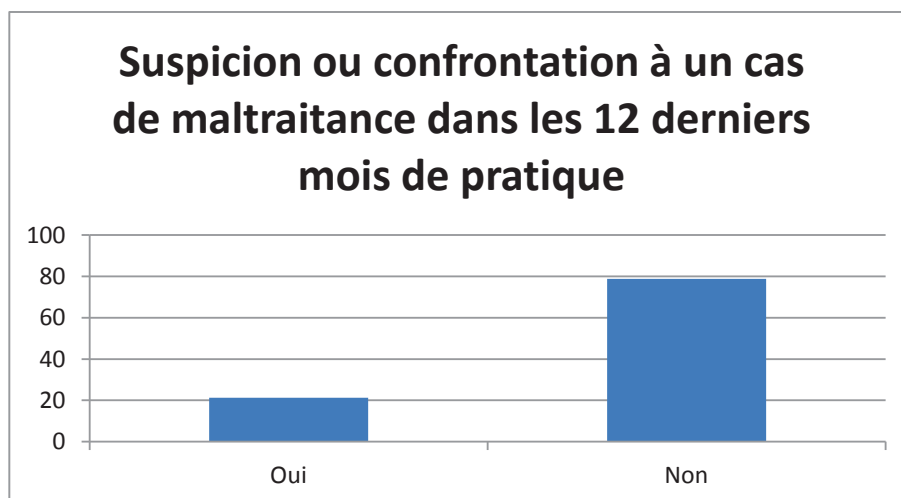
- Place du médecin de famille dans la détection et la prise en charge des cas de maltraitance

Pour 65.4% des médecins, la place du médecin est importante dans la détection et la prise en charge de cas de maltraitance. 19.2% pensent qu'elle est primordiale et pour 15.4% pensent qu'elle est peu importante.



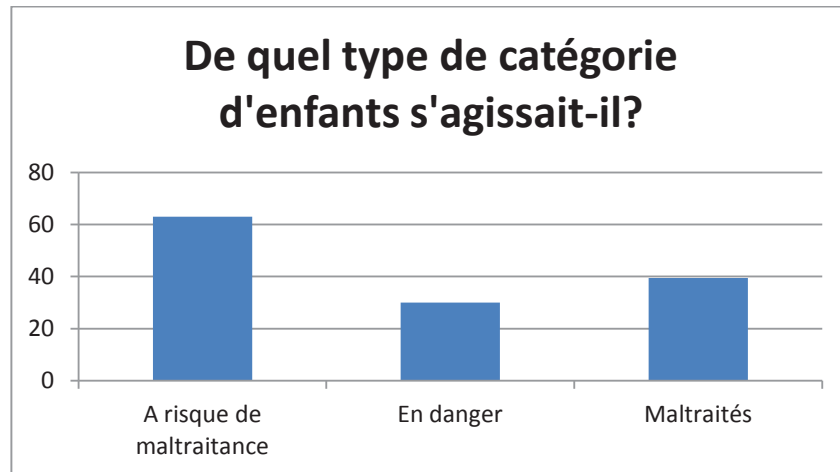
- Suspicion ou confrontation à un cas de maltraitance dans les 12 derniers mois de pratique

78.8% des médecins n'ont pas soupçonné ou été confronté à un réel cas de maltraitance lors des 12 derniers mois. Par contre, 21.2% ont soupçonné ou été confronté à un réel cas de maltraitance.



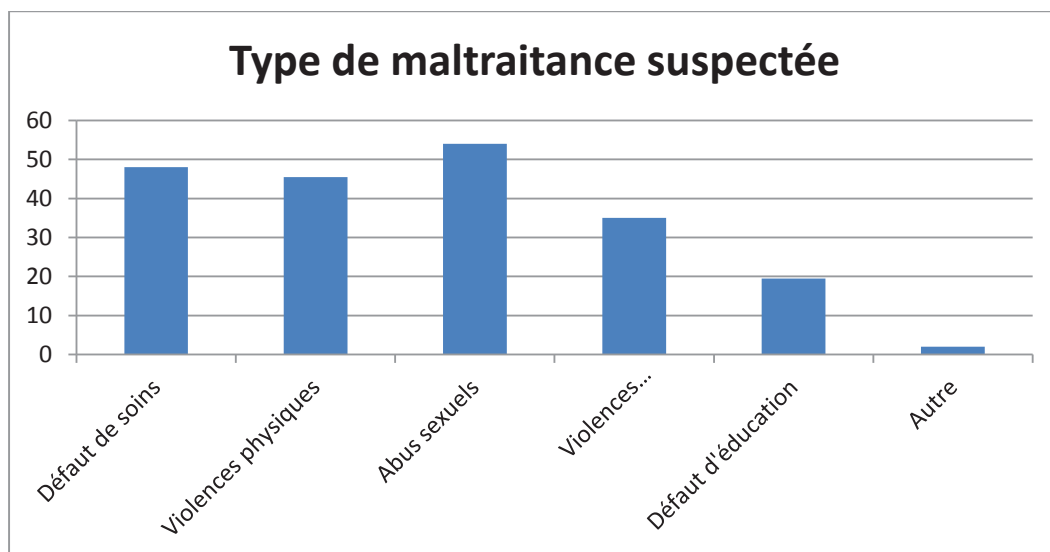
- De quel type de catégorie d'enfants s'agissait-il ?

Pour 63% des médecins, il s'agit d'enfants à risque de maltraitance. Pour 30% d'entre eux, il s'agit d'enfants en danger et pour 39.5% d'enfants maltraités.



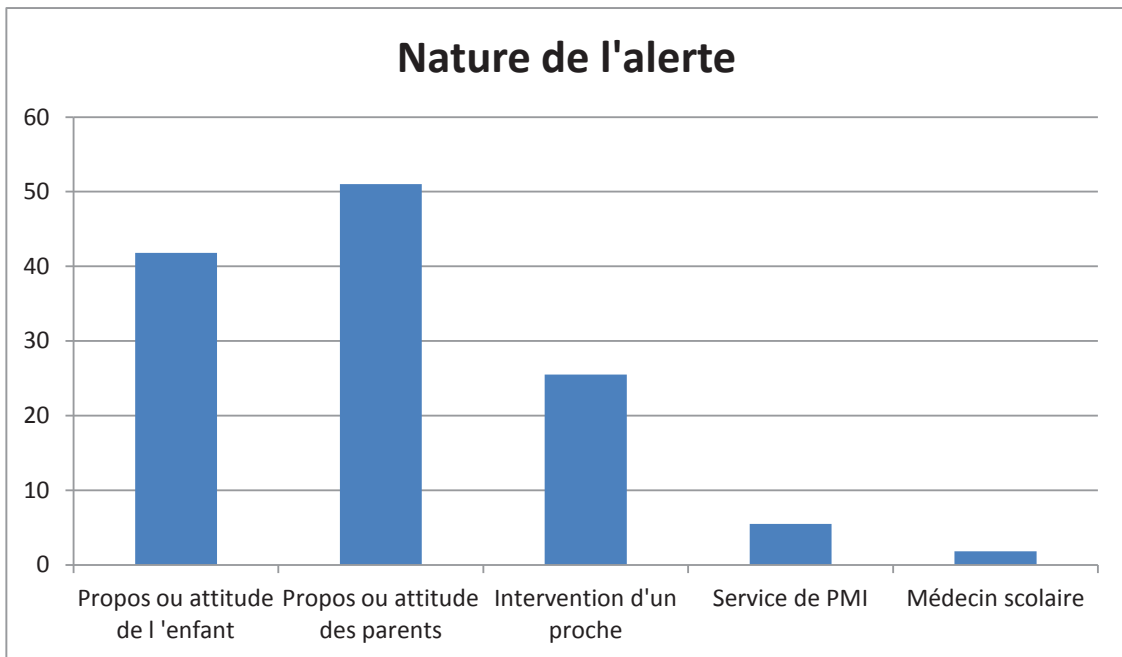
- Type de maltraitance suspectée

Le défaut de soins a été suspecté dans 48% des cas, les violences physiques dans 45.5% des cas, les abus sexuels dans 54% des cas, les violences psychologiques dans 35% des cas, le défaut d'éducation dans 19.5% des cas. Dans 2% des cas, il s'agissait d'un autre type.



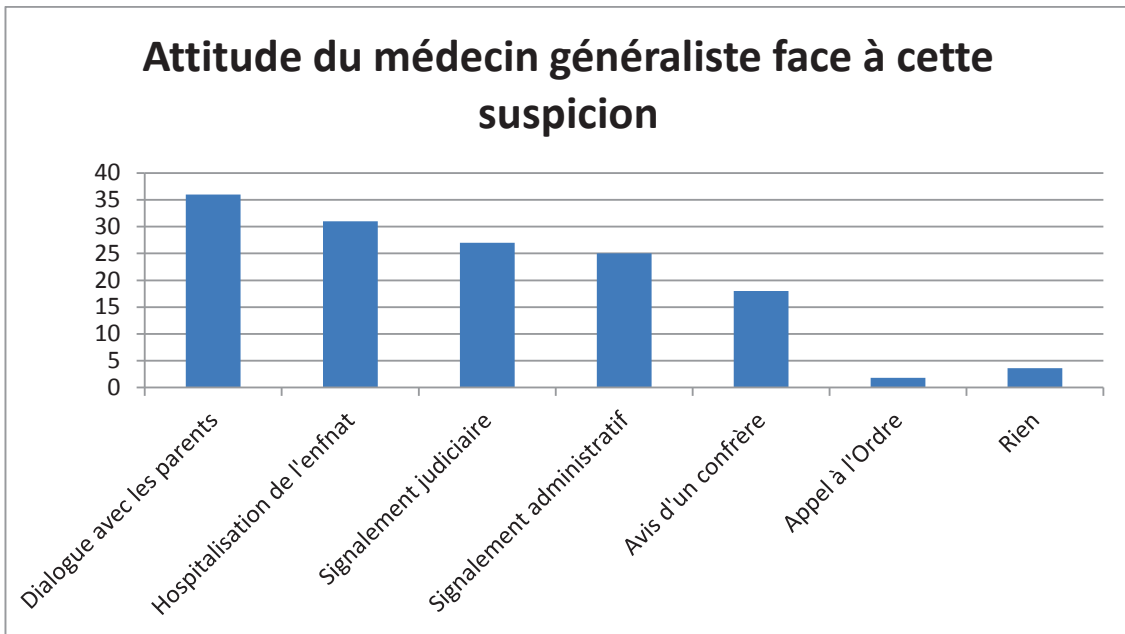
- **Nature de l'alerte**

Dans 41.8% des cas, c'est les propos ou l'attitude de l'enfant qui ont donné l'alerte. Dans 51% des cas, c'est les propos ou l'attitude des parents qui ont été suspects. Dans 25.5% des cas, c'est l'intervention d'un proche, le service de PMI dans 5.5% des cas et dans 1.8% des cas l'appel du médecin scolaire qui ont alerté le médecin généraliste sur la possibilité d'une maltraitance.



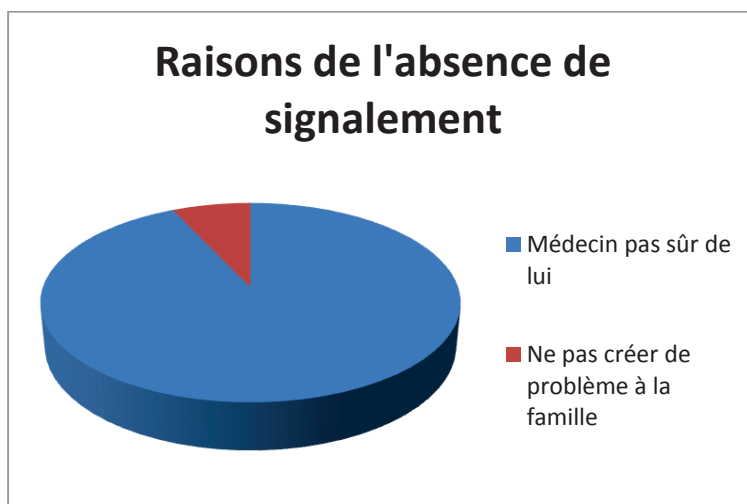
- **Attitude du médecin généraliste face à cette suspicion**

Dans 36% des cas le médecin a essayé de parlé avec les parents du problème. Dans 31% des cas, le médecin a fait hospitaliser l'enfant pour le soustraire au danger. Dans 27% des cas, un signalement judiciaire a été fait. Dans 25% des cas, c'est un signalement administratif qui a été fait. Dans 18% des cas, le médecin a pris l'avis d'un confrère. Dans 1.8% des cas, le médecin a appelé l'Ordre et dans 3.6% il n'a rien fait.



- Raisons de l'absence de signalement

Quand aucun signalement n'a été fait, dans 93% des cas c'est parce que le médecin n'était pas sûr de lui et dans 7% des cas parce que le médecin ne veut pas créer de problème à la famille.



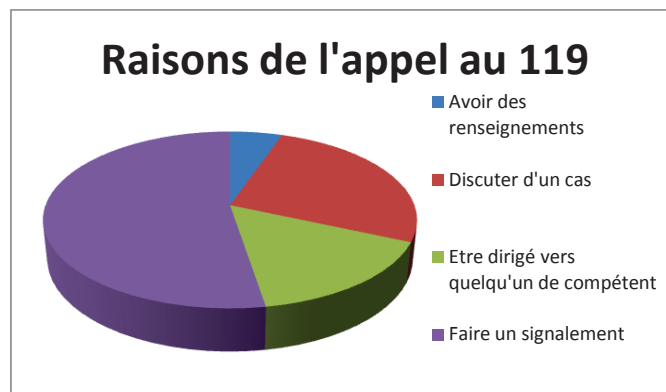
- Utilisation du numéro 119

25 médecins sur 55 ont répondu à cette question en disant n'avoir jamais utilisé le 119, soit 45.5% des médecins.

- Raisons de l'appel au 119

Quand le numéro 119 a été utilisé, c'était pour :

- avoir des renseignements dans 5.3% des cas
- discuter d'un cas en cours dans 26.3% des cas
- être dirigé vers quelqu'un de compétent dans 15.8% des cas
- faire un signalement dans 52.6% des cas



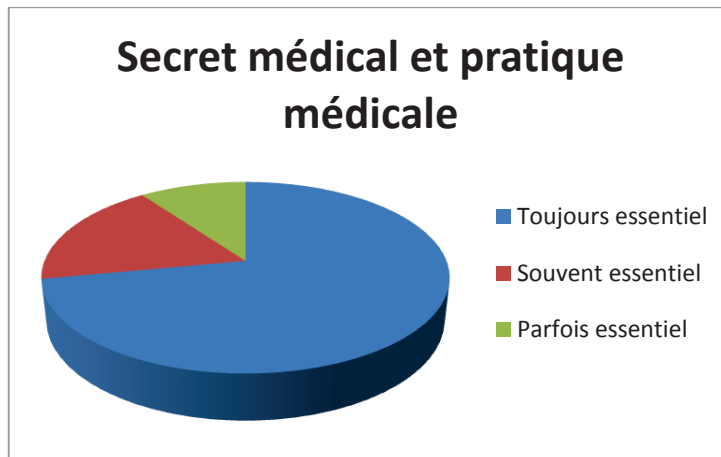
- Se sentir démuni face à un cas de maltraitance

68.8% des médecins avouent se sentir parfois démuni face à un cas de maltraitance, 12.5% se sentent souvent démuni. Le même pourcentage par contre, ne se sent jamais démuni. Seul un faible pourcentage se sent toujours démuni face à un cas de maltraitance soit 6.2%.



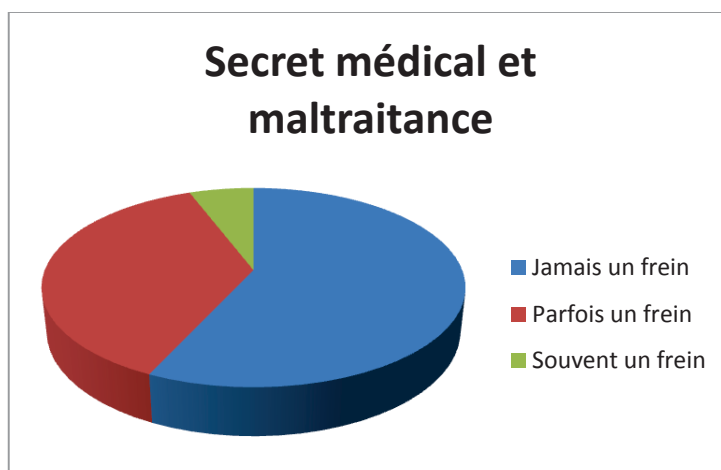
- Secret médical et pratique médicale

72% des médecins jugent que le secret médical est toujours essentiel à leur pratique médicale. 18% le jugent souvent essentiel et 10% parfois essentiel. Personne ne juge le secret médical inutile.



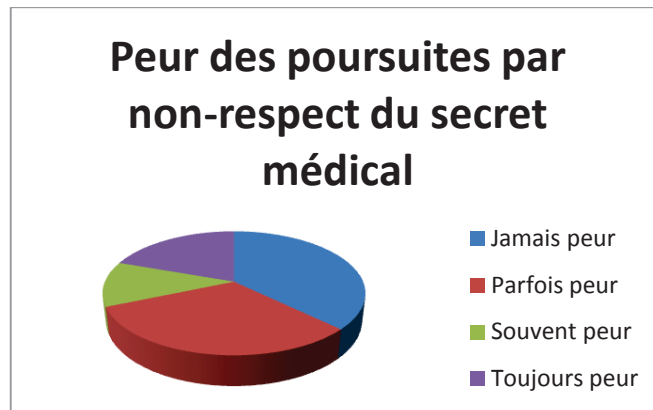
- Secret médical et maltraitance

56.9% pensent que le secret médical n'est jamais un frein à la prise en charge de maltraitance. Pour 37.3% des médecins, le secret médical est parfois un frein à cette prise en charge et pour 5.8% c'est souvent un frein.



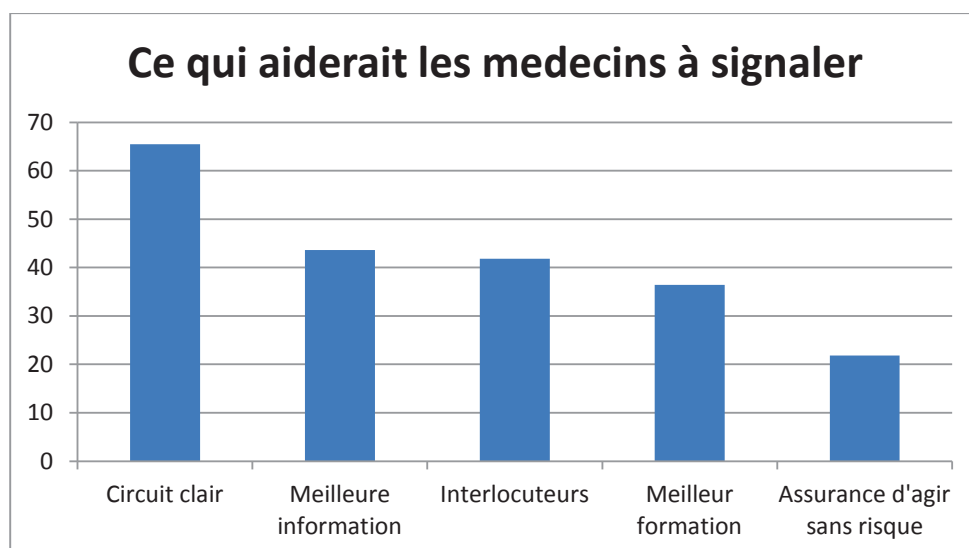
- Peur des poursuites par non-respect du secret médical

37.2% disent ne jamais avoir peur des poursuites s'ils ne respectent pas le secret médical. 31.4% avouent avoir parfois peur, 11.8% souvent peur et 19.6% disent avoir toujours peur des poursuites en cas de non-respect du secret médical.



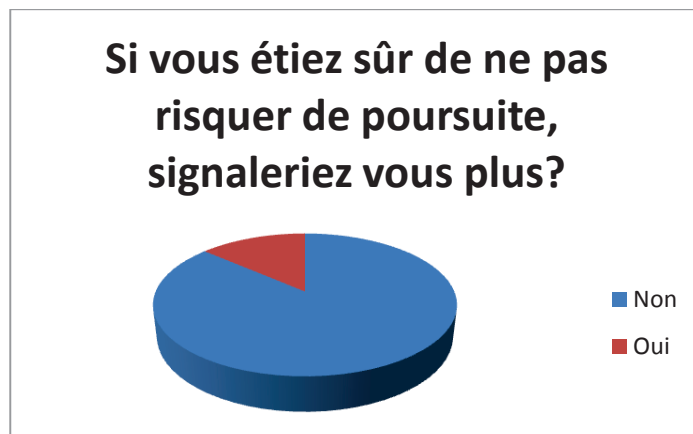
- Ce qui aiderait les médecins à signaler

- Un circuit clair pour un bon déroulement du signalement dans 65.5% des cas
- Une meilleure information sur le sujet dans 43.6% des cas
- Des interlocuteurs avec qui un dialogue est possible dans 41.8% des cas
- Une meilleure formation sur le sujet dans 36.4% des cas
- L'assurance d'agir sans risquer d'avoir eux-mêmes des problèmes dans 21.8% des cas



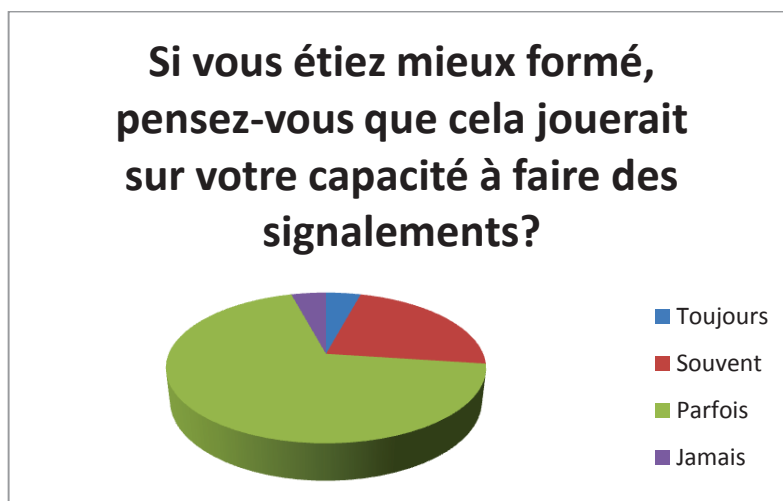
- Si vous étiez sûr de ne pas risquer de poursuite, signaleriez vous plus ?

86.4% avouent que l'absence de risque de poursuite ne les ferait pas faire plus de signalement. Pour 13.6%, ce serait un élément favorable au signalement.



- Si vous étiez mieux formé et mieux informé, pensez-vous que cela jouerait sur votre capacité à faire des signalements ?

Pour 68.7% des médecins ayant répondu au questionnaire le fait d'être mieux former et informer jouerait parfois sur leur capacité à signaler. Pour 22.9% d'entre eux ce serait souvent le cas, ce serait toujours le cas pour 4.2% d'entre eux mais également jamais le cas pour 4.2%.



ETUDE D'UN CAS CLINIQUE

Nous allons vous présenter le cas clinique d'une petite fille victime de sévices de la part de ses parents. Nous verrons comment une succession d'éléments a permis de faire la lumière sur une réalité bien tragique et de sortir cette enfant du calvaire qu'elle vivait.

Le 22 septembre 2006, la petite Maeva B., âgée de 13 mois, est amenée par sa maman en consultation au Centre Hospitalier de La Mure, devant l'apparition d'ecchymoses et d'hématomes multiples de la face, du cou et des membres. La mère de Maeva raconte qu'elle se cognait seule dans son lit.

La petite Maeva est d'abord vue par le médecin du service des urgences du centre hospitalier de La Mure, qui retrouve à l'examen clinique des ecchymoses et hématomes multiples de la face, du cou et des membres, datant de plusieurs jours au vu de la couleur jaune des lésions. L'examen clinique est normal, ne retrouvant aucun signe de déficit neurologique.

L'ensemble des éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique font alors réaliser des radiographies du crâne Face et Profil, des radiographies du grill costal de Face et des radiographies du Bassin. Il est retrouvé une image suspecte au niveau du crâne qui semble être une fracture.

La petite Maeva est donc adressée aux Urgences du centre hospitalo-universitaire de Grenoble afin que soit réalisé un scanner cérébral et qu'on puisse éliminer la possibilité d'un syndrome de Silverman.

A son arrivée aux urgences du CHU de Grenoble, la petite fille est de nouveau examinée. Au premier abord, on retrouve une enfant vive, ayant un bon contact, qui quitte facilement les bras de sa mère.

La mère de l'enfant rapporte qu'elle l'a laissé à la garde de ses grands-parents en Charente durant 2 jours, le 15 et le 16 septembre, et qu'elle a noté à son retour des marques circulaires au niveau du cou et un changement de comportement. Les grands-parents n'auraient donné aucune explication à propos de ces marques. Il n'y avait pas encore d'ecchymose ou d'hématome, mais le comportement de Maeva n'était plus le même : elle ne parlait plus, jouait moins, était très craintive ne voulant plus quitter sa mère. Elle n'avait plus d'appétit, et elle qui commençait à dire quelques mots, s'était complètement refermée sur elle-même.

La mère de Maeva raconte également que la petite se cognait volontairement dans son lit, qu'elle s'arrachait les cheveux et qu'elle avait présenté des épisodes de peur panique en la voyant entrer sa chambre avec son compagnon. Mme B. n'a aucune explication pour la

fracture pariétale droite. De plus, elle ne trouve pas que l'ensemble des lésions soit inhabituel ou très anormal.

A l'examen clinique, il est retrouvé :

- Hémorragie sous-conjonctivale temporale gauche
- Hématomes périorbitaires bilatéraux, en lunette d'allure récents, avec présence de multiples ecchymoses d'âges différents recouvrant le visage
- Hématomes bilatéraux des pôles supérieurs des pavillons des oreilles
- Lésions érythémateuses et dermabrasées de la nuque et du cou
- 3 Plaques d'alopecie traumatique en temporal droit accompagnées d'un hématome étendu du cuir chevelu
- Hématomes punctiformes anciens de la face dorsale du bras gauche
- Lésions dermabrasées latéro-thoraciques supérieures droites et ecchymoses d'allure ancienne au niveau de la partie médio-dorsale inférieure
- Ecchymoses arciformes au niveau de la racine des 2 cuisses d'âges différents
- Absence de douleurs à la palpation des membres, du thorax, des épaules
- Auscultation cardio-pulmonaire normale
- Palpation abdominale normale
- Examen neurologique apparemment normal : enfant se présentant avec un développement psychomoteur qui semble en accord avec son âge, se tient debout avec aide mais ne marche pas. Pupilles symétriques et normo-réactives.
- Auscultation otologique normale : absence d'otorragie, tympan normaux
- Examen gynécologique : absence de lésion

Une consultation d'ophtalmologie est demandée. Il est retrouvé une hémorragie sous-conjonctivale temporale gauche. Le fond d'œil réalisé est normal.

Le contexte familial est important et révélateur. La mère de Maeva est originaire de Charente. C'est une toute jeune maman de 19 ans qui est séparée du père de Maeva car il aurait frappé son enfant alors qu'elle n'avait que quelques mois. Elle est en couple depuis 6 mois avec un homme qui n'est pas le père de Maeva et dont elle est enceinte de 2 mois. Et elle est sans profession.

Depuis une semaine, le couple et Maeva vivent au domicile des parents du conjoint en attendant l'attribution d'un logement. Chez les beaux-parents vit également le fils de la sœur du conjoint, qui a été placé chez ses grands-parents avec la mise en place d'une Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), sa mère n'en ayant plus la garde. C'est d'ailleurs l'ADMR qui a poussé la maman de Maeva à consulter devant la présence d'une hémorragie conjonctivale.

Après l'examen clinique, on explique à la mère de Maeva que l'enfant va être hospitalisée pour plusieurs jours afin de réaliser un bilan complet de ces hématomes. On lui explique également que l'on pense soit à une maladie hématologique, soit à une maladie psychiatrique (automutilation), soit à une maltraitance. La mère répète à plusieurs reprises que ni elle, ni son conjoint n'ont fait de mal à Maeva.

En fin d'après-midi, devant le risque de fuite, un signalement est adressé par le Dr DUPUIS au vice-procureur de la république, Mme BOUVIER. Une ordonnance de placement provisoire (OPP) est faite. On en informe la mère qui refuse de coopérer. La police est donc prévenue et c'est elle qui indique à la maman de Maeva que toute visite de sa part ou de son conjoint est désormais interdite.

Maeva est vue pendant son hospitalisation par le Dr Catherine Stahl, médecin légiste, pour la rédaction d'un certificat médical descriptif.

Un appel à la puéricultrice de PMI du département de la Charente nous apprend que Maeva et sa mère avaient été vues à deux reprises, après sa naissance et à 9 mois, à la demande de la maman qui vivait alors chez son frère et sa belle-sœur. Elle aurait par la suite bénéficié d'un logement propre mais la puéricultrice n'a pas réussi à la joindre par la suite, la jeune femme ayant quitté le département.

L'examen du carnet de santé permet de découvrir :

- Un antécédent d'hospitalisation à l'hôpital d'Angoulême pour traumatisme crânien sans perte de connaissance le 3 juin 2006. Aucun bilan radiologique n'avait été alors réalisé
- Des signes de négligence : un seul rappel de vaccin réalisé, pas de signature de médecin pour les examens du 4^{ème} et du 9^{ème} mois. (suivi réalisé ?)

Maeva est donc transférée le 24 septembre 2006 dans le service d'hospitalisation afin de compléter le bilan et la soustraire à ses parents.

Les bilans sanguins sont normaux, le scanner cérébral réalisé montre une absence d'anomalie du parenchyme cérébral et la présence d'une fracture temporo-pariétale gauche non déplacée retrouvée sur les reconstructions coronales. La radiographie du squelette entier réalisée retrouve la fracture temporo-pariétale gauche sans autre lésion osseuse traumatique décelable.

Dans le service, l'évolution de l'état de Maeva est simple. L'enfant va bien, les lésions cutanées constatées à l'admission régressent progressivement tout comme l'hémorragie sous-conjonctivale. L'enfant ne présente aucun trouble du comportement.

L'état clinique de Maeva ne nécessitant pas la poursuite de l'hospitalisation, il est décidé après audience le 28 septembre 2006 avec Mme le Juge NIVOLLET, de son transfert à la pouponnière de Meylan. Il est prévu une IRM de contrôle le 6 octobre 2006 qui s'avérera normale. Elle sort avec pour seul traitement une supplémentation en fer avec FERROSTRANE sirop : 2cuilleres à café le matin.

Le 28 septembre 2006, suite au signalement qui avait été effectué par le Dr DUPUIS, La mère de Maeva est entendue par le Juge d'instruction et elle reconnaît avoir frappé sa fille plus fort que d'habitude car elle était énervée. Elle pense que sa fille n'est pas malheureuse avec elle et ajoute qu'elle n'est pas celle qui exerce les violences les plus graves. Devant l'ensemble des éléments qui démontrent que la mineure Maeva est en danger, sa mère est placée en détention provisoire et Maeva confiée à l'aide sociale à l'enfance de l'Isère.

DISCUSSION

Les maltraitements à enfants sont un réel problème. Rares sont les fois où l'on n'entend pas parler d'enfants morts des suites des sévices qu'ils subissaient. Souvent, le voisinage, l'école et même les structures sociales semblaient tout ignorer du calvaire que vivait l'enfant.

Il est aussi important de savoir que « le signalement d'un enfant en danger est souvent, pour la personne qui en est à l'origine, l'aboutissement d'une longue réflexion déchirée entre le devoir et le doute. » (51)

Nous avons donc tenté par le biais de notre enquête de savoir où se situent les médecins généralistes dans le cadre complexe du signalement des maltraitements.

Le médecin type de notre étude est un homme exerçant en milieu urbain depuis une vingtaine d'années au sein d'un cabinet de groupe, la pédiatrie n'étant pas une grande part de son activité. Il s'agit donc d'un médecin expérimenté, entouré, ayant un accès rapide aux différentes structures médicales et sociales. Ce qui peut être très utile vu que la sensibilisation des futurs médecins à un sujet aussi délicat semble bien insuffisante durant leurs années d'études médicales. Peu d'heures de cours sont consacrées à l'abord de cette problématique. Du fait du caractère particulier de ce sujet, qui touche plusieurs domaines différents (médical, social, judiciaire), il est difficile de trouver le bon endroit pour le traiter de façon globale et cohérente. Au sein du Corpus Médical de Grenoble pour le Deuxième cycle d'études médicales, on ne retrouve que deux cours ayant trait au sujet des maltraitements, un en médecine légale et un en pédiatrie.

« La formation reste en faculté de médecine très insuffisante, ne donnant pas aux médecins les bases nécessaires pour réfléchir et agir avec d'autres professionnels, souvent mieux documentés qu'eux. » (52)

Pourtant, selon l'article L. 542-1 de l'ordonnance n° 2000-549 du 15 juin 2000 du Code de l'éducation, « Les médecins, ainsi que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les enseignants et les personnels de la police nationale et de la gendarmerie reçoivent une formation initiale et continue propre à leur permettre de répondre aux cas d'enfants maltraités et de prendre les mesures nécessaires de prévention et de protection qu'ils appellent. Cette formation est dispensée dans les conditions fixées par voie réglementaire ». Donc, normalement, tout médecin devrait bénéficier de formations continues sur le sujet, qui l'aideraient à gérer des situations délicates et ainsi prendre en charge de façon adéquate des enfants maltraités. « La formation initiale et continue des personnes chargées de la protection de l'enfance en danger, rendue obligatoire par la loi de 1998, est loin d'être systématique pour les futurs

médecins » (6, 53). La maltraitance à enfants est devenue un sujet très médiatisé qui n'en reste pas moins complexe, mettant souvent mal à l'aise. Les médecins ont donc besoin de rappels fréquents pour pouvoir faire de la prévention autant que de la prise en charge.

Selon notre enquête, il semblerait que ce qui manque aux médecins, ce n'est pas tant des formations sur la maltraitance et sa prise en charge, que des informations réellement adaptées au sujet, allant de la prévention jusqu'au suivi des enfants et de leur famille après un signalement, quelque ait été sa nature. Les informations peuvent ainsi leur parvenir selon différents modes, la formation médicale continue restant probablement la plus pratique. Mais la création de réseau de prise en charge, comme il en existe pour les toxicomanies, peut être très utile aux praticiens de ville, « la prise en charge par les intervenants en santé publique de la violence intrafamiliale [devant] être professionnelle, multidisciplinaire et se faire au sein d'un réseau coordonné, expérimenté et compétent. » (53, 54)

On doit malheureusement constater que les médecins qui ont été les premiers à se mobiliser par rapport au problème de la maltraitance, et dont les travaux se sont développés et ont intéressé tous les professionnels de l'enfance et du milieu judiciaire sont peut-être actuellement, les plus mal formés à la reconnaissance et à la prise en charge de ces enfants en souffrance. Il reste cependant rassurant de voir que la quasi-totalité des médecins considère la violence physique comme une maltraitance, « les attitudes vis-à-vis de la discipline corporelle ne [variant] pas selon le sexe » (55). Il est vrai qu'au tout début c'était là même le synonyme de maltraitance car on ne parlait que de « l'enfant battu ». La violence physique était la seule idée retenue dans le concept de maltraitance.

La violence verbale est aujourd'hui également reconnue comme une maltraitance, et les insultes et les brimades ne sont plus considérées comme une façon de forger le caractère.

Le défaut de soins et d'attention est aussi une maltraitance, la négligence lourde pouvant mettre en danger la santé physique, mentale et aussi morale de l'enfant. On sait aujourd'hui que les conséquences du défaut de soins et d'attention peuvent être aussi graves que les autres types de maltraitance, si ce n'est pire. (12)

Ce qui est étonnant, c'est qu'une grande majorité des médecins et de la population ne considèrent toujours pas les fessées ou tout autre châtiment corporel comme une forme de maltraitance (15). Il est important de savoir où se trouve la limite entre la fessée éducative et la violence physique, savoir si la punition ne serait pas délétère au développement de l'enfant. Nous pensons que la volonté de signaler ou non du médecin généraliste va aussi dépendre de sa sensibilité et de ce que lui-même jugerait comme une

maltraitance. Plusieurs études ont en effet prouvé qu'un médecin qui ne jugerait pas certaines violences comme des maltraitements serait moins enclin à réaliser un signalement devant la présence de lésions, s'il pense qu'elles ne sont que le fruit de mesures éducatives. Si les châtimens corporels sont considérés comme des méthodes acceptables pour discipliner les enfants alors il n'y aura pas de signalement ou de prise en charge. L'attitude vis-à-vis des châtimens corporels, comme l'ont montré dans leurs études respectives Jackson et Ziegler (56, 57) est un bon élément prédictif de la tendance à signaler. Plus une société considère la punition corporelle comme normale, plus le risque de maltraitance est grand.

« Il apparaît que l'attitude vis à vis des châtimens corporels a un effet direct sur la perception de la maltraitance ; et la perception de la maltraitance a alors un effet sur la décision de signaler un incident. » (58)

« Fesser son enfant pour le punir est dans certains pays considéré comme une maltraitance manifeste. Bien que banale dans notre pays, la correction éducative apparaît de plus en plus contestée notamment à cause des conséquences à long terme des punitions corporelles sur le développement des enfants, en matière de reproduction de cette pratique et, enfin, du fait de ses liens avec la violence conjugale. »(7)

Il est étonnant de voir que les médecins semblent mieux connaître les textes de lois que la clinique se rapportant à la maltraitance. Il est vrai que la maltraitance est un sujet très médiatisé et de nombreux articles ont été écrits et publiés. De plus, chaque nouveauté dans les textes de loi bénéficie d'une publication dans les revues de l'Ordre des Médecins, que reçoivent tous les praticiens. On peut également penser que les médecins, voulant toujours rester dans le cadre légal de leur pratique, prennent soins de se tenir au cours afin de ne pas commettre d'erreurs. Les affaires de médecins condamnés par l'Ordre pour la rédaction de certificats dits de complaisance ou de certificats accusateurs ont eu tendance à se multiplier, même si elles ne sont ni très nombreuses, ni très médiatisées. On peut quand même penser que les médecins se documentent sur la législation pour en éviter les écueils.

Comme le dit le Dr Kahn-Bensaude « un généraliste qui n'a pas la certitude absolue de la maltraitance doit chercher à s'entourer d'autres professionnels, plus habitués que lui à traiter ces problèmes [...] Il ne doit pas rester seul face à cette incertitude et cette responsabilité. » (6)

D'où l'importance de créer des «réseaux »(53). En effet, le médecin devrait connaître « les partenaires avec qui il va communiquer pour protéger l'enfant (circonscription de

service social, PMI, services sociaux à qui il peut adresser une information préoccupante, Procureur ou Substitut des mineurs pour le signalement judiciaire), ainsi que ceux à qui il peut adresser l'enfant pour l'accompagner, le soigner (personnel de l'hôpital, pôle de référence d'accueil des victimes d'abus sexuels et enfants maltraités) » (52). Ainsi entouré de ce réseau qu'il aura préalablement constitué, il sera moins difficile au médecin d'aborder le sujet des maltraitements à enfants. Le médecin sait que seul il n'arrivera rarement voire jamais à sortir l'enfant de sa maltraitance. C'est surtout l'importance du partenariat qui varie. Selon le passé d'entraide qu'ont pu connaître les médecins, l'idée de la relation de travail avec les services sociaux change. Malheureusement, « les signaleurs ont souvent le sentiment de ne pas être suivis. »(59) Avec la loi du 5 mars 2007 apparaît une « notion nouvelle de secret partagé », facilitant le travail de tous par le partage de l'information préoccupante qu'il pourrait connaître. (72)

Il est important que les médecins se sentent suivis dans leur travail, et qu'ils aient le sentiment que leur avis est pris en compte. « Lorsque le judiciaire prend une position différente de celle des professionnels, il s'ensuit une incapacité pour eux de travailler en aval. » (25) Il arrive malheureusement bien souvent que les médecins qui ont fait un signalement ne sachent pas ce qui est arrivé à leur patient bien que « La loi [ait] prévu qu'ils soient informés de la suite donnée »(48)

Le médecin de PMI peut être d'une grande aide pour le médecin généraliste. Il peut lui permettre de garder de la distance, comme le dit le Dr PIETTE : « il m'est souvent arrivé de faire un signalement à la place d'un confrère exerçant en cabinet qui préférerait garder l'anonymat.»(60)

La relation de confiance qui se noue entre le médecin et ses patients est un élément important dans la détection des enfants qui souffrent. Le médecin connaît souvent la famille depuis très longtemps, souvent avant même la naissance des enfants. Il est « dans un champ d'exploration très intime, pouvant jouer un rôle d'observateur privilégié » (61). Les consultations et le suivi des enfants au cabinet sont autant d'occasion d'observer et donc de détecter toute anomalie chez l'enfant, quelle soit physique ou comportementale.

Derrière les diverses demandes médicales des parents, le médecin devra essayer de découvrir si ne se cache pas plutôt un sentiment de désarroi, d'incapacité à être de bons parents, de désillusions devant un enfant difficile ou non conforme aux attentes. Savoir être à l'écoute de ses patients, petits ou grands, permet au médecin d'éviter que les choses n'empirent et que la situation devienne inextricable. Les visites à domicile sont d'autant d'occasions de rencontrer la famille et l'enfant dans leur cadre de vie. Ces visites sont riches en renseignements sur les conditions de vie de l'enfant. Le médecin ne devra pas se

laisser « abuser par des parents "normaux" ou "séducteurs", des parents faussement détendus et rassurants, des parents paraissant vigilants et attentionnés, des conditions sociales confortables. » (62)

Les médecins qui durant leur pratique ont été amenés à suspecter ou prendre un enfant victime de maltraitance, ont le plus souvent suspecté un abus sexuel, des violences physiques, des violences psychologiques ou des négligences lourdes (soins ou éducations.)

Les violences physiques ainsi que les négligences lourdes sont plus faciles à suspecter car elles présentent le plus souvent des signes évidents. Pour les violences physiques, les lésions les plus fréquentes sont des lésions tégumentaires et muqueuses qui sont très facilement visibles (39) Pour les négligences lourdes, c'est l'aspect de l'enfant qui va être évocateur : aspect négligé, hygiène déplorable, retard dans les apprentissages, pouvant aller jusqu'au tableau de nanisme psychoaffectif.

La suspicion d'abus sexuel peut être liée à la répétition de mycose ou d'infection urinaire chez une petite fille. On peut suspecter de tels sévices devant une masturbation compulsive, l'apparition de rituels de lavage des organes génitaux, une préoccupation sexuelle et une connaissance inappropriées au jeune âge de l'enfant. Mais, le plus souvent, le diagnostic repose sur le récit de l'enfant, dont il va falloir tenir compte tout en faisant bien attention à ne pas tirer des conclusions trop hâtives.

La violence psychologique est beaucoup plus difficile à appréhender. Il faudra toute l'écoute et la connaissance de l'enfant pour que le médecin puisse arriver à déceler les répercussions de tels sévices.

Les médecins ont l'habitude de côtoyer la souffrance des enfants, mais là, c'est l'origine de cette souffrance qui les touche et les perturbe. En effet, c'est contre un autre individu, plus ou moins proche de l'enfant, qu'ils doivent lutter. Le plus dur est de ne pas se dire que ces atrocités ont été commises par « un autre humain, comme soi » et que « de tels gestes pourraient aussi avoir été commis par lui[le médecin] » (52).

Dans plus d'un tiers des cas, le médecin généraliste a tenté d'aborder le problème avec la famille (1), essayant ainsi d'éviter de devoir faire un signalement. Le médecin généraliste entretient avec la famille une relation de confiance mutuelle qu'il doit essayer de préserver dans les situations délicates. Si cette relation est solide, et que les parents ne se sentent pas accuser ou juger, cette discussion sera à même de faire comprendre aux parents l'importance d'une prise charge et la possibilité d'être suivis et soutenus dans les situations de détresse. (2)

L'hospitalisation de l'enfant permet au médecin de le mettre à l'abri si le danger est présent ou mal évaluer. Elle permet également de réaliser dans de meilleures conditions les examens cliniques et paracliniques qui serviront à poser un diagnostic souvent difficile, à ne pas porter à la légère. L'hospitalisation permet également au médecin traitant d'assurer son rôle auprès de la famille pour lui venir en aide sans la dénoncer puisque le passage à l'acte d'une mère ou d'un père reste malgré tout un signe d'appel. Le séjour à l'hôpital permet de se donner le temps de réfléchir, de rassembler les informations nécessaires à la prise de décision, de voir évoluer la situation sans engager l'enfant et sa famille dans une voie déterminée. (39).

Dans notre enquête, il a été mis en évidence que, lorsque le besoin s'en fait sentir, les médecins n'hésitent pas à prendre la décision qui s'impose et faire le signalement. Pourtant, « ce n'est jamais le cœur léger qu'un professionnel engagé auprès d'un enfant ou d'un adolescent se résout à faire un signalement. » (63) Le doute étant très souvent présent, le médecin préfère ne pas rester seul face à ce problème, se tournant soit vers un confrère, soit vers l'Ordre, afin probablement d'obtenir des conseils éclairés et de connaître la marche à suivre afin de rester déontologiquement correct.

Comme l'a montré l'étude de Jones et al. (53, 64), il arrive cependant que des médecins ne fassent rien, l'acte de signalement et ses répercussions n'étant pas anodins. « La crainte de porter un diagnostic aux conséquences très lourdes explique sans doute la rareté des signalements de la part des médecins » (1, 61, 64).

Il est des cas où le praticien doute de la réalité des faits, en ayant tendance à privilégier la thèse de l'accident. Il est parfois très difficile pour le médecin de famille d'admettre l'existence d'une violence de la part de parents qu'il connaît depuis très longtemps. Il faut donc être vigilant car le risque est de banaliser la situation et de ne pas reconnaître le caractère de gravité parfois sous-jacent. En effet, le corps médical est souvent réticent à s'introduire dans l'intimité des familles. Le non-signalement est aussi dû au « poids de l'héritage culturel reposant sur l'autorité paternelle et d'un certain nombre de mythes considérant les parents comme naturellement bons et l'amour maternel comme obligatoire et inné. » (52)

Pour les médecins, le signalement est souvent une démarche qui va bouleverser la vie de plusieurs individus en mettant en route une machinerie administrative et/ou judiciaire qu'il sera par la suite difficile à contrôler ou arrêter. Signaler une suspicion de maltraitance n'est en général pas vu comme ce qu'elle est, c'est à dire la mise en place d'une enquête sociale, administrative, mais le plus souvent comme l'accusation à tort ou à raison d'un individu. Le médecin qui ne se trouve pas dans le cadre clinique de sa pratique, peut se

sentir délateur. Evoquer la maltraitance et les sévices en consultation fait prendre le risque, si on se trompe, de se voir retirer la confiance acquise et se voir accuser de se mêler de la vie privée d'autrui. Ce malaise est souvent entretenu par le principe de précaution et circonspection notifié par l'art 44 du code de Déontologie médicale. Souvent, la famille se sent montrée du doigt, dénigrée. L'enfant voit son ou ses parents accusés et peut se sentir coupable de la situation où il pense les avoir mis.

Il est heureux de constater dans notre enquête que ce n'est ni la crainte de perdre de la patientèle, ni la possibilité d'avoir soi-même des problèmes qui empêche le médecin de signaler.

Un amendement a été adopté en première lecture par la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales de l'Assemblée Nationale du 2 janvier 2004. Cet amendement vise à interdire la prononciation de sanctions disciplinaires contre les médecins qui auraient dénoncé des maltraitements à enfants, apportant un peu de sécurité aux médecins dans l'exercice de leur métier (65).

Quand la décision de signaler est prise, le médecin aurait tendance à faire appel à la justice plutôt qu'à essayer de mettre en place une enquête administrative car le signalement apparaîtrait plus comme une mesure radicale pour une protection immédiate de l'enfant. Il serait bon de mettre en avant que « toute maltraitance n'a pas vocation à être prise en charge par la justice. Dans 30% des cas, de simples mesures d'ordre social sont bien plus adaptées. » (60)

Lors de la formation initiale et tout le long d'une carrière, il nous est souvent rappelé l'importance du secret médical et de son respect. Le sujet du secret médical est très bien abordé dans son ensemble et il n'y a pas ou peu de zone d'ombre en ce qui le concerne. En effet, le secret médical est un élément important de la pratique médicale, même si son respect peut entrer en compétition avec la nécessité de signaler une maltraitance. En effet, les peurs de poursuites pour non-respect du secret médical peuvent s'avérer être un frein au signalement.

Beaucoup de médecins semblent ne pas connaître le numéro 119, enfance maltraitée, créé par « la loi votée à l'unanimité par le parlement et promulguée le 10 juillet 1989 » (5). Ceci est très étonnant quand on sait que « l'accès au service est facilité par un numéro d'urgence, le 119, dont l'affichage est obligatoire dans tous les lieux accueillant habituellement des mineurs. » (66) (voir Annexe 6) En toute logique, tous les médecins

devraient donc avoir dans leur salle d'attente une affiche avec les informations concernant le numéro d'appel gratuit « enfance maltraitée ».

La méconnaissance de ce numéro par des professionnels de santé est troublante étant donné le grand soutien médiatique qu'a connu ce service, étant relayé par la télévision, la radio, la presse écrite et Internet avec la création d'un site allo119.gouv.fr.

En 2004, le médecin de famille représentait seulement 0.1% des appelants au 119. Cela est très faible et semblerait s'expliquer par la méconnaissance de l'existence de ce numéro par les médecins. Quand ils appellent, les médecins le font aussi bien pour les sévices physiques, psychologiques que sexuels.

Le numéro d'appel 119 est important. La vocation du Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée est d'assurer une «veille sociale» afin d'apporter «immédiatement» aide et conseil aux citoyens confrontés à une situation de mauvais traitements à enfant, d'aider au dépistage des situations de maltraitance, de faciliter la protection des mineurs en danger. Il peut être un outil ou une aide importante dans la prise en charge d'un problème de maltraitance. Il faudrait pour cela étendre la connaissance de ce numéro. Ce « numéro vert national (119 ou 08 00 05 41 41) peut être utilisé par le médecin mais aussi par tout enfant ou adulte, pour demander conseil et faire transmettre un signalement à l'institution adéquate. » (30)

On se rend compte que lorsque les médecins se tournent vers d'autres personnes, c'est le plus souvent pour tirer la sonnette d'alerte. Mais le numéro 119, leur apporte également une aide pour le bon déroulement de la prise en charge de l'enfant qu'il juge en danger, comme c'est le rôle du SNATEM.

Les médecins généralistes sont bien conscients de la réalité et de l'importance du problème des maltraitements à enfants. Ils sont bien conscients de la place qu'ils occupent ou doivent occuper au sein de la procédure complexe qu'est le signalement. Ils ne demandent pas mieux que de pouvoir agir, mais avec les bons outils, les bons partenaires et dans les conditions les meilleures possibles pour l'enfant, les familles et eux-mêmes.

Mais il ne faut pas oublier que « le fait de signaler ne va pas de soit, ne se fait pas de gaieté de cœur : les mouvements affectifs déclenchés par la découverte de la maltraitance renvoient à des fantasmes archaïques et suscitent des défenses personnelles et des mouvements institutionnels complexes. » (59)

A Grenoble, les difficultés rencontrées par les professionnels avec « les mineurs dénonçant des faits de maltraitance » ont permis la rédaction d'un guide de bonnes pratiques qui rappelle à chacun le cadre et les modalités de son intervention.(72)

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : EL HANAOUI-ATIF HASNA

TITRE : LE SIGNALEMENT DES MALTRAITANCES A ENFANTS PAR LES MEDECINS GENERALISTES

CONCLUSION

Si on en croit les chiffres, « près d'un enfant sur dix habitant dans un pays à revenus élevés subirait chaque année une forme de mauvais traitements » (67). Cela signifie qu'en France, près d'un million et demi d'enfants de moins de 18 ans vivraient une maltraitance. L'angoisse du médecin généraliste serait de ne pas s'en apercevoir, bien qu'il soit en première ligne pour détecter ces victimes. Trente ans après l'inscription dans les textes de loi de la première dérogation au secret médical (loi du 15 juin 1971), et malgré sa position privilégiée, il est rarement à l'origine du signalement d'un enfant maltraité ou en danger de maltraitance. Comme le dit Mme Marceline Gabel, « il n'y a encore que 2% des signalements d'enfants maltraités qui proviennent des médecins. C'est ridiculement peu » (6).

Du fait de ses relations avec l'enfant et la famille, le médecin généraliste devrait avoir une place toute particulière dans la création d'équipes pluridisciplinaires en charge des problèmes de maltraitances. Ses relations avec les autres professionnels de l'enfance devraient être développées au maximum, permettant ainsi au médecin de demander de l'aide quand il en ressent le besoin, mais aussi d'avoir des nouvelles des suites des signalements qu'il aurait pu faire, surtout s'il ne suit plus les familles. Car ce que l'on doit rechercher et comprendre, c'est que la « collaboration entre tous les services est nécessaire pour que les décisions prises soient vécues par la famille non pas comme des sanctions mais comme des mesures structurantes » (71) pour l'enfant et pour son entourage.

Il ressort de notre travail que le médecin généraliste se sent souvent seul, démuni face au problème de la maltraitance. Sa capacité à évaluer une situation familiale complexe, à trouver les réponses adéquates est parfois inadaptée. Cela comme nous l'on dit les médecins interrogés, du fait d'un manque de connaissances utiles et de pratique, comme l'ont démontré des études anglo-saxonnes, et cela même pour les pédiatres (68).



La formation que le médecin généraliste reçoit même si elle est riche, ne l'aura que très rarement préparé à la réalité complexe de ce qu'est la maltraitance. De ce fait « les médecins bien formés au repérage des ces violences physiques ou psychologiques sont une denrée rare » (60). C'est cette problématique qui a donné naissance aux Etats-Unis à une sous spécialité de la pédiatrie : « la pédiatrie de la maltraitance » (69). Il est donc important que la formation sur le sujet soit revue, approfondie et améliorée.

Notre travail a permis de mettre en évidence que, dans notre région, en ce qui concerne la maltraitance, les médecins semblent assez bien formés sur le plan de la loi, mais que la clinique leur fait défaut. Ils pensent dans leur ensemble avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des enfants maltraités, mais n'ont apparemment pas les outils et les aides nécessaires à un travail dans de bonnes conditions.

Les médecins sont surtout demandeurs de formations et d'informations de qualité sur le sujet, de partenariats sûrs et clairs afin de mener à bien la mission de protection de l'enfant. Et malgré ce que l'on pourrait penser, l'assurance d'agir sans risque pour eux-mêmes ne vient qu'en dernière position des demandes d'aide au signalement.

Le médecin devrait pouvoir prendre la responsabilité de faire un signalement s'il le juge nécessaire en toute connaissance de cause.

Ce qui est demandé n'est pas du tout utopique ou hors de portée, loin de là. Le tout est, que les différentes instances en charge se mettent réellement au travail pour améliorer les choses.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 10.5.2012

LE DOYEN


J.P. ROMANET


LE PRESIDENT DE LA THESE


PROFESSEUR J.GRIFFET

BIBLIOGRAPHIE

- 1) **Gilbert R, Kemp A, Thoburn J and al.** Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*. Jan 10, 2009; Vol.373 No.9658 pp 167-180
- 2) **Flaherty E, Sege R, Griffith J and al.** From suspicion of physical child abuse to reporting: primary care clinician decision-making. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/2/259> (consulté le 04.04.2010)
- 3) **Corbet E.** Les concepts de violence et de maltraitance. *Actualité et dossier en santé publique*. Juin 2000 ; 31 : 20-25.
- 4) **Ponte C.** Les mesures de protection de l'enfance. *Soins Pédiatrie-Puériculture*. Février-mars 2006 ; 228 : 44-45.
- 5) **Gabel M.** La maltraitance faite aux enfants. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/docs/pdf/adsp/adsp-31/ad312634.pdf> (consulté le 20.02.2010)
- 6) **Chabrol A.** Le rôle du médecin face aux maltraitances. *Le bulletin de l'Ordre*. Mai 2002 ; 5.
- 7) **Durning P.** Maltraitances : une notion floue, des réalités incontournables. *Actualité et dossier en santé publique*. Juin 2000 ; 31 : 57-59
- 8) **Tardieu A.** Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 2^{ème} série ; t.13, 1860.
- 9) **Caffey J.** Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *American journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine*. 1946; 56: pp 413-426
- 10) **Silverman F.** The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine*. 1953; 69: pp 413-426
- 11) **Kempe C, Silverman F and al.** The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*. 1962; 181: pp 17-24
- 12) **Gilbert R, Spatz Widom C, Browne K and al.** Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. Jan 03, 2009; Vol. 373 No. 9657 pp 68-81
- 13) **Morellec J, Roussey M.** Epidémiologie de l'enfance en danger. *Revue Internationale de pédiatrie*. Mars 1999 ; 293 : 54-62.
- 14) **L'Observatoire de l'enfance en danger** : constats et recommandations. Paris, Editions ODAS, 1993, p75
- 15) **Dubowitz H, Bennett S.** Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*. June 02, 2007; Vol.369 No.9576 pp 1891-1899
- 16) **Ludes B.** Sévices à enfants : Médecine légale et sciences criminelles. *La Revue du praticien*. 2002 ; vol. 52, n°7, 729-733.

- 17) Rey-Salmon C, Messerschmitt P.** Maltraitance et enfants en danger protection maternelle et infantile. 1re Partie : Maltraitance et enfants en danger. *La Revue du praticien*. 2003 ; vol. 53, n°10, 1121-1127.
- 18) Maroteaux P, Le Merrer M.** Enfant battu ou enfant fragile ? *Archives de Pédiatrie*. 2003 ; 10 : 679-680.
- 19) Hobbs CJ.** Abdominal injury due to child abuse. *The Lancet*. July 16, 2005; Vol. 366 No. 9481 pp 187-188
- 20) Barnes P, Norton C, Dunstan F and al.** Abdominal injury due to child abuse. *The Lancet*. July 16, 2005; Vol. 366 No. 9481 pp 234-235
- 21) Avenard G, Dottori S, Padieu C.** Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs. *La Lettre de l'ODAS*. Novembre 2007.
- 22) Allard-Dansereau C, Bernard-Bonnin AC and al.** Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatr Child Health*. July/August 2008, Vol.13 No.6 pp 479-486
- 23) Moriuser J.** Le médecin face aux maltraitances sur mineurs [en ligne]. Disponible sur : <http://www.droit-medical.net/spip.php?article122> (consulté le 16.01.2010)
- 24) Overpeck M and al.** Risk factors for infant homicide in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 1998; 339: 1211-1216
- 25) Mignot A.** Le moment du signalement, le temps de la réflexion. In : Le Run JL, Leblanc A, Sarny F. *Signaler, et après ?* Editions Erès. Enfance et Psy, la petite collection, 2006, pp.30-36. ISBN : 2-7492-0546-8
- 26) Tursz A.** Facteurs de risque de la maltraitance dans l'enfance. *La Revue du Praticien*. Mai 2011 ; vol.61, 658-660
- 27) Bethea L.** Primary Prevention of child abuse. *American Family Physician*. 1999; 59, 6: 1577-1585
- 28) Criville A, Professionnels du SNATEM.** Maltraitance infantile et violences conjugales. *Etude Epidémiologiques 2004*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.allo.119.gouv.fr>
- 29) Desh L, Hibbard R.** Maltreatment of Children with disabilities. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/2/259> (consulté le 04.04.2010)
- 30) Bourrillon A, Tallec Y.** Sévices à enfants : Diagnostic, conduite médico-légale. *La Revue du praticien*. 1999; vol. 49, 989-994.
- 31) Wash C and al.** The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse and Neglect*. 2002; 26, 1: 11-22

- 32) Chaffin and al.** Onset of physical abuse and neglect: psychologic, substance abuse, social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*. 1996; 20, 3: 191-203
- 33) Jaudes P.K, Ekwo E., Van Voorhis J.** Association of Drug Abuse and Child Abuse. *Child Abuse and Neglect*. 1995; 19, 9: 1065-1075
- 34) Tomkiewicz S.** La résilience. *Actualité et dossier en santé publique*. Juin 2000; 31: 60-62.
- 35) MacMillan H, Wathen N, Barlow J and al.** Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*. Jan 17, 2009; Vol. 373 No. 9659 pp 250-266
- 36) Drake B, Pandey S.** Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 1996; 20, (11): 1003-1018
- 37) Korbin J.** Neighborhood and community connectedness in child maltreatment research. *Child Abuse and Neglect*. 2003; 27: 137-140
- 38) Berger L.** Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and youth services review*. 2004; 26: 725-748
- 39) Roussey M, Morellec J.** les enfants victimes de sévices. *Revue Internationale de pédiatrie*. 1999 ; 30, 293-2 : 75-85
- 40) Bourrillon A, David S.** Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile. 2e partie : Protection maternelle et infantile. *La Revue du praticien*. 2004 ; vol. 54, n°4, 415-420.
- 41) Vrignaud D.** Comment signaler à la justice un enfant victime de sévices ? *Archives de Pédiatrie*. 2001 ; 8 Suppl 2 : 431-435.
- 42) Kahn-Bensaude I.** Maltraitance : quelles obligations pour le médecin ? *Le bulletin de l'Ordre*. Janvier 2005.
- 43) P.B.** Signalement des maltraitements, les médecins levant le secret professionnel ne seront plus poursuivis. *Le concours médical*. 28 juin 2004 ; 126-03 : 176
- 44) Sicot C.** Rédaction d'un certificat en cas de maltraitance à enfant supposée ou avérée : gare aux pièges. *Archives de Pédiatrie*. 2000 ; 7 : 888-890.
- 45) Ministère de la Justice.** Enfants victimes d'infractions pénales : guide de bonnes pratiques, du signalement au procès pénal. Décembre 2003 [En ligne] .Disponible sur : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/guide_enfants_victimes.pdf (consulté le 15.02.2010)
- 46) Manciaux M.** De la maltraitance à la bientraitance. *Actualité et dossier en santé publique*. Juin 2000 ; 31 : 63-66.
- 47) Cheymol J.** Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez un petit enfant ? *La Revue du Praticien*. Mai 2011 ; vol.61, 660-663

- 48) Nathanson M, Tisseron B.** Difficultés et blocages ? In : Le Run JL, Leblanc A, Sarny F. *Signaler, et après ?* Editions Erès. Enfance et Psy, la petite collection, 2006, pp.67-73. ISBN : 2-7492-0546-8
- 49) Martins D, Girodet D.** Le double système de protection de l'enfance : une originalité française. *Archives de Pédiatrie*. 2000 ; 7 : 773-778.
- 50) Leblanc A, Maximy (de) M.** Le médecin et le juge, Dialogue. In : Le Run JL, Leblanc A, Sarny F. *Signaler, et après ?* Editions Erès. Enfance et Psy, la petite collection, 2006, pp.60-66. ISBN : 2-7492-0546-8
- 51) Roger M.** Du côté de la famille, le mandat de l'éducateur. In : Le Run JL, Leblanc A, Sarny F. *Signaler, et après ?* Editions Erès. Enfance et Psy, la petite collection, 2006, pp.82-88. ISBN : 2-7492-0546-8
- 52) Hochart F.** La maltraitance des enfants. *Bull. Acad. Natle Méd.* 2002. 186; 6: 971-980.
- 53) Bailey E.** Child abuse and neglect: a system that still needs pediatric leadership. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/2/259> (consulté le 04.04.2010)
- 54) Lebas J.** Maltraitements et violences : le désarroi des acteurs de santé publique. *Actualité et dossier en santé publique*. Juin 2000 ; 31 : 1.
- 55) Tirosh E, Offer Shechter S, Cohen A, Jaffe M.** Attitudes towards corporal punishment and reporting of abuse. *Child Abuse and Neglect*. 2003; 27: 929-937.
- 56) Jackson and al.** Predicting abuse-prone parental attitudes and discipline practices in a nationally representative sample. *Child Abuse and Neglect*. 1999; 23: 15-29
- 57) Ziegler and al.** Physical abuse in America. *Child Maltreatment / Cicchetti D, Carlson V.* Cambridge University Press. 1989; 38-75
- 58) Ashton V.** The relationship between attitudes toward corporal punishment and the perception and reporting of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 2001 ; 25 : 389-399.
- 59) Le Run JL, Leblanc A, Sarny F.** Signaler, et après ? In : Le Run JL, Leblanc A, Sarny F. *Signaler, et après ?* Editions Erès. Enfance et Psy, la petite collection, 2006, pp.5-8. ISBN : 2-7492-0546-8
- 60) Coumau C.** Enfance maltraitée : pourquoi les médecins ont peur. *Impact Médecin Hebdo*. 24 Septembre 1999 ; 462 : 6-14.
- 61) Guéniot C.** Enfants maltraités : que faire après le diagnostic ? *Panorama du Médecin*. 03 Mai 2004 ; 4933 : 24-30.
- 62) Dommergues JP, Rey C.** Sévices à enfants : diagnostic, conduite médico-légale. *La Revue du Praticien*. 1996 ; 46 : 113-117
- 63) Le Run.** Mouvements affectifs et signalement. In : Le Run JL, Leblanc A, Sarny F. *Signaler, et après ?* Editions Erès. Enfance et Psy, la petite collection, 2006, pp.37-44. ISBN : 2-7492-0546-8

- 64) Jones R, Flaherty E, Binns H and al.** Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of child abuse reporting experience study research group. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/122/2/259> (consulté le 04.04.2010)
- 65) Bonnet C.** Responding to child maltreatment: French physicians under fire. *The Lancet*. Feb 21, 2009; Vol.373 No.9664 p 630
- 66) Observatoire National de l'Enfance en Danger.** Rapport d'activité 2009. [En ligne]. Disponible sur : http://www.allo119.gouv.fr/119/pdf/RA_2009.pdf
- 67) Coumau C.** Pourquoi les médecins sous-traitent la maltraitance. 2008 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.medecinews.com/901/pourquoi-les-medecins-sous-traitent-la-maltraitance.html> (consulté le 13.03.2010)
- 68) Jenny C, Reece R.** Medical training in child maltreatment. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005; 29, (582): pp 266-271
- 69) Dubowitz H, Lane W.** Primary care pediatrician's experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: do we need child abuse experts? *Child Abuse and Neglect*. 2009; 33: 76-83
- 70) Tursz A, Crost M, Gerbouin-Rérolle P.** La maltraitance dans l'enfance en France : quels chiffres, quelle fiabilité ? *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2003 ; 51 : 439-444.
- 71) Leblanc A, Harchaoui S.** Les suites immédiates du signalement dans un service de pédiatrie. In : Le Run JL, Leblanc A, Sarny F. *Signaler, et après ?* Editions Erès. Enfance et Psy, la petite collection, 2006, pp.24-29. ISBN : 2-7492-0546-8
- 72) Bouvier F, Laurent A, Michard-Lenoir AP, Scolan V.** Protection judiciaire de l'enfance : pratiques en place dans le ressort du TGI de Grenoble. *Archives de Pédiatrie*. 2010 ; 17 : 339-342

ANNEXES

Annexe 1

LOI RÉGLEMENTANT LE TRAVAIL DES ENFANTS (22 mars 1841)

Bulletin des Lois, 1841, numéro 795, loi n° 9203.

Louis Philippe, Roi des Français, à tous présents et à venir.

Salut.

Article Premier.

Les enfants ne pourront être employés que sous les conditions déterminées par la présente loi,

1° Dans les manufactures, usines et ateliers à moteur mécanique ou à feu continu, et dans leurs dépendances;

2° Dans toute fabrique occupant plus de vingt ouvriers réunis en atelier.

Art. II.

Les enfants devront, pour être admis, avoir au moins huit ans.

De huit à douze ans, ils ne pourront être employés au travail effectif plus de huit heures sur vingt quatre, divisées par un repos.

De douze à seize ans, ils ne pourront être employés au travail effectif plus de douze heures sur vingt quatre, divisées par des repos.

Ce travail ne pourra avoir lieu que de cinq heures du matin à neuf heures du soir

Art. III.

Tout travail entre neuf heures du soir et cinq heures du matin est considéré comme travail de nuit.

Tout travail de nuit est interdit pour les enfants au dessous de treize ans.

Si la conséquence du chômage d'un moteur hydraulique ou des réparations urgentes l'exigent, les enfants au dessus de treize ans pourront travailler la nuit, en comptant deux heures pour trois, entre neuf heures du soir et cinq heures du matin.

Un travail de nuit des enfants ayant plus de treize ans, pareillement supputé, sera toléré, s'il est reconnu indispensable, dans les établissements à feu continu dont la marche ne peut pas être suspendue pendant le cours des vingt quatre heures.

Art. IV.

Les enfants au dessous de seize ans ne pourront être employés les dimanches et jours de fêtes reconnus par la loi.

Art. V.

Nul enfant âgé de moins de douze ans ne pourra être admis qu'autant que ses parents ou tuteur justifieront qu'il fréquente actuellement une des écoles publiques ou privées existant dans la localité. Tout enfant admis devra, jusqu'à l'âge de douze ans, suivre une école.

Les enfants âgés de plus de douze ans seront dispensés de suivre une école, lorsqu'un certificat, donné par le maire de leur résidence, attestera qu'ils ont reçu l'instruction primaire élémentaire.

Art. VII.

Des règlements d'administration publique pourront :

1° Étendre à des manufactures, usines ou ateliers, autres que ceux qui sont mentionnés dans l'article premier, l'application des dispositions de la présente loi;

2° Élever le minimum de l'âge et réduire la durée du travail déterminés dans les articles deuxième et troisième, à l'égard des genres d'industrie où le labeur des enfants excéderait leurs forces et compromettrait leur santé;

3° Déterminer les fabriques où, pour cause de danger ou d'insalubrité, les enfants au dessous de seize ans ne pourront point être employés;

4° Interdire aux enfants, dans les ateliers où ils sont admis, certains genres de travaux dangereux ou nuisibles;

5° Statuer sur les travaux indispensables à tolérer de la part des enfants, les dimanches et fêtes, dans les usines à feu continu;

6° Statuer sur les cas de travail de nuit prévus par l'article troisième.

Art. XII.

En cas de contraventions à la présente loi ou aux règlements d'administration publique rendus pour son exécution, les propriétaires ou

exploitants des établissements seront traduits devant le juge de paix du canton et punis d'une amende de simple police qui ne pourra excéder quinze francs.

Les contraventions qui résulteront, soit de l'admission d'enfants au dessous de l'âge, soit de l'excès de travail, donneront lieu à autant d'amendes qu'il y aura d'enfants indûment admis ou employés, sans que ces amendes réunies puissent s'élever au dessus de deux cents francs.

S'il y a récidive, les propriétaires ou exploitants des établissements seront traduits devant le tribunal de police correctionnelle et condamnés à une amende de seize à cent francs. Dans les cas prévus par le paragraphe second du présent article, les amendes réunies ne pourront jamais excéder cinq cents francs.

Annexe 2

Séviées à mineur : modèle type de signalement

L'article 44 du code de déontologie médicale impose au médecin de protéger le mineur et de signaler les séviées dont il est victime.

L'article 226-14 du code pénal délève le médecin du secret professionnel et l'autorise à alerter le procureur de la République.

Afin d'aider le médecin dans cette démarche, un modèle de signalement a été élaboré en concertation entre le Ministère de la justice, le Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées, le Ministère délégué à la famille, le Conseil national de l'Ordre des médecins et les associations de protection de l'enfance.

Le signalement doit être adressé directement par le médecin au procureur de la République. Si, dans l'urgence, le signalement est effectué par téléphone ou télécopie, il sera confirmé par un document écrit, daté et signé. Le médecin s'assurera de sa réception et en conservera un double.

Cachet du médecin

SIGNALEMENT

(Veuillez écrire en lettres d'imprimerie)

Je certifie avoir examiné ce jour (en toutes lettres) :

- date (jour de la semaine et chiffre du mois) :
- année :
- heure :

L'enfant :

- nom :
- prénom :
- date de naissance (en toutes lettres) :
- sexe :
- adresse :
- nationalité :

Accompagné de (noter s'il s'agit d'une personne majeure ou mineure, indiquer si possible les coordonnées de la personne et les liens de parenté éventuels avec l'enfant) :

- la personne accompagnatrice nous a dit que : «

- l'enfant nous a dit que : «

Cachet du médecin

Examen clinique fait en présence de la personne accompagnatrice :

Oui

Non

(Rayer la mention inutile)

- description du comportement de l'enfant pendant la consultation :
- description des lésions s'il y a lieu (noter le siège et les caractéristiques sans en préjuger l'origine)
-
-
-
-
-
-
-

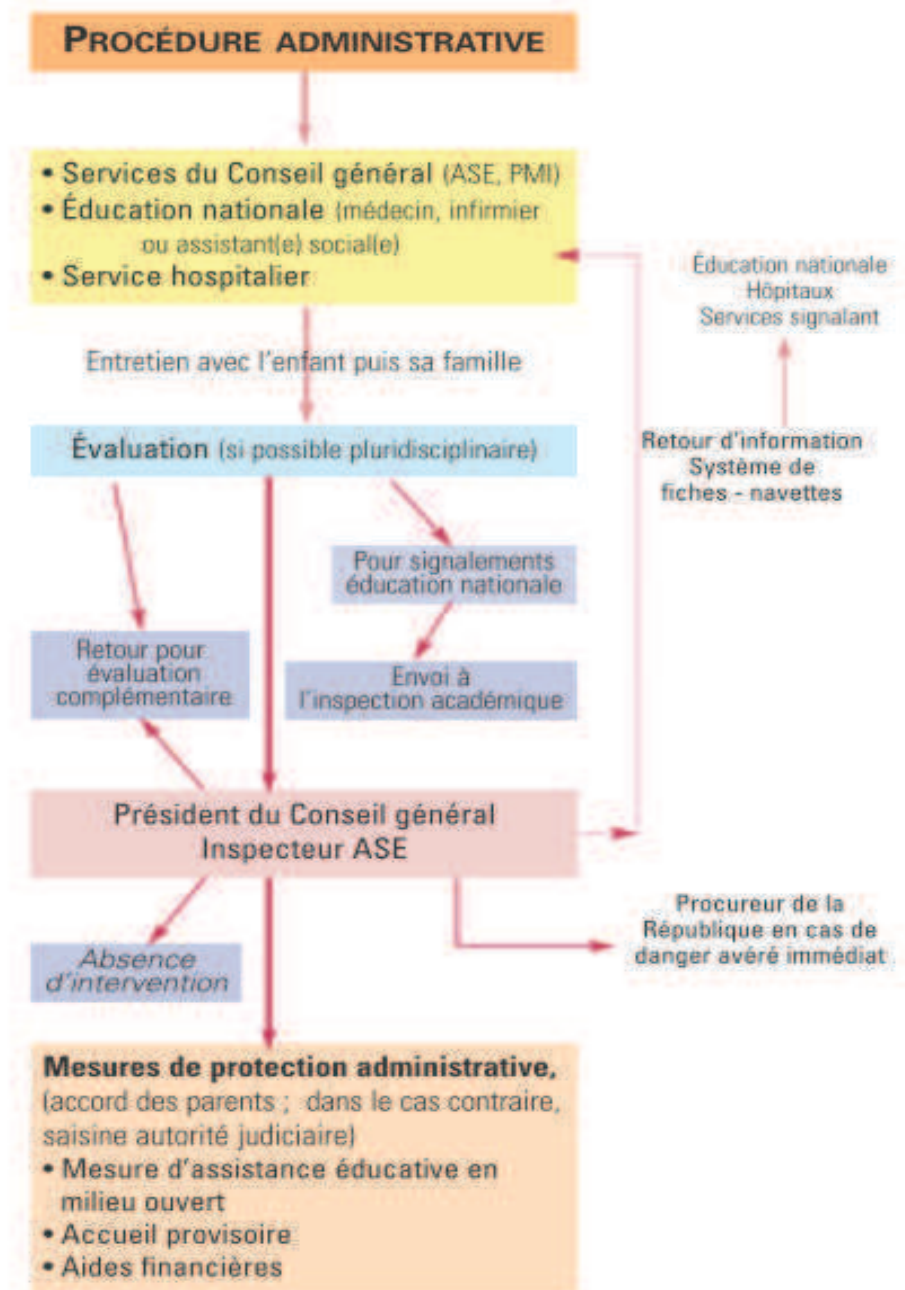
Compte-tenu de ce qui précède et conformément à la loi, je vous adresse ce signalement.

Signalement adressé au procureur de la République

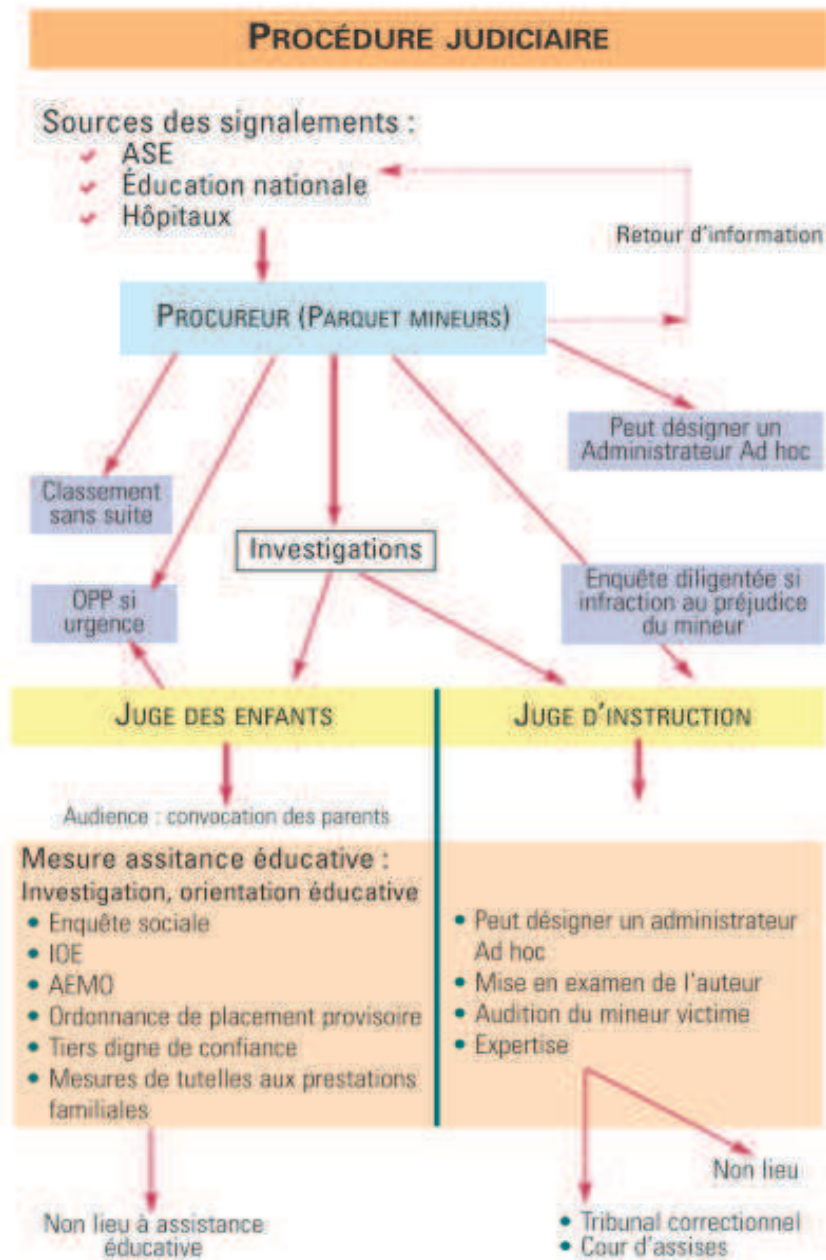
Fait à _____, le

Signature du médecin ayant examiné l'enfant :

Annexe 3



Annexe 4



Annexe 5

Questionnaire

VOTRE PROFIL

Pratique médicale

- Urbaine
- Semi rurale
- Rurale

Sexe

- Masculin
- Féminin

Nombre d'années d'exercice

Type de cabinet

- Cabinet de groupe
- Cabinet individuel

VOTRE FORMATION

Avez-vous reçu un enseignement sur le signalement et les maltraitances lors de votre formation initiale ?

- Très bon
- Bon
- Mauvais
- Très mauvais
- Aucun

Avez-vous reçu, lors de formations continues, des informations sur le signalement et les maltraitances ?

- Très bonnes
- Bonnes
- Mauvaises
- Très mauvaises
- Aucune

Ces informations vous semblent-elle adaptées à votre pratique en médecine générale ?

- Très bonnes
- Bonnes
- Mauvaises
- Très mauvaise
- Aucune

VOS CONNAISSANCES

Votre reconnaissance des signes cliniques de maltraitance vous semble-t-elle :

- Très bonne
- Bonne
- Mauvaises
- Très mauvaise

Pour vous, que qualifieriez vous de maltraitances ? Plusieurs choix possibles

- Les fessées et tout autre châtiment corporel
- La violence physique
- La violence verbale, les brimades, les insultes
- Le défaut de soins et d'attention

Votre connaissance de la législation en matière de maltraitance à enfants vous parait

- Très bonne
- Bonne
- Mauvaise
- Très mauvaise

Connaissez-vous le numéro d'appel 119, enfance maltraitée ?

- Oui
- Non

Votre connaissance des différents organismes de protection des enfants vous parait

- Très adaptée
- Adaptée
- Mal adaptée
- Pas adaptée

Vos connaissances sur le secret médical vous paraissent-elles :

- Très bonnes
- Bonnes
- Mauvaises
- Très mauvaises

Pensez-vous avoir été suffisamment formé sur le secret médical ?

- Très bien
- Assez bien
- Insuffisamment
- Pas du tout

Connaissez-vous les dérogations légales au secret médical ?

- Très bien
- Bien
- Assez Bien
- Pas du tout

VOTRE PRATIQUE

Quelle part la pédiatrie occupe-t-elle dans votre pratique au cabinet?

- Moins de 25%
- De 25 a 50%
- De 50 a 75%
- Plus de 75%

En cas de signalement, qui contacteriez-vous en premier lieu ?

- Le juge pour enfants
- Le procureur
- Le médecin de PMI
- L'assistante sociale

Pensez-vous que les acteurs sociaux puissent être des partenaires dans la prise en charge d'enfants ou de familles en difficultés ? (assistante sociale, puéricultrice et directeur de PMI, médecin et infirmière scolaires)

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Dans la détection et la prise en charge des cas de maltraitance, considérez-vous la place du médecin de famille comme :

- Primordiale
- Importante
- Peu importante
- Inutile

Ces 12 derniers mois, avez-vous déjà soupçonné ou été confronté à un réel cas de maltraitance ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà été amené à prendre en charge un enfant que vous jugiez ?

Plusieurs choix possibles

- Maltraité
- À risque de maltraitance
- En danger

Quel type de maltraitance suspectiez-vous ? Plusieurs choix possibles

- Violences physiques
- Violences psychologiques
- Défaut de soins
- Défaut d'éducation
- Abus sexuel
- Autres

Qu'est ce qui vous a alerté ? Plusieurs choix possibles

- Les propos ou l'attitude de l'enfant
- Les propos ou l'attitude des parents
- Le service de PMI
- L'intervention d'un proche
- L'appel du médecin scolaire

Quelle a été votre attitude vis-à-vis de ce problème ? Plusieurs choix possibles

- Dialogue avec les parents
- Hospitalisation pour soustraire l'enfant au risque
- Demande de l'avis d'un autre confrère
- Signalement administratif (Assistante sociale, PMI)
- Appel à l'Ordre des Médecins
- Signalement judiciaire (Juge des enfants, Procureur)
- Rien

Si vous n'avez pas fait de signalement, c'est parce que :

- Vous ne saviez pas quoi faire
- Vous ne vouliez pas avoir de problème
- Vous ne vouliez pas perdre de patients
- Vous n'étiez pas sûr de vous
- Vous ne vouliez pas créer de problème à la famille

Avez-vous déjà utilisé le numéro d'appel 119, enfance maltraitée ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle raison avez-vous appelé ?

- Pour faire un signalement
- Pour avoir des renseignements
- Pour discuter du cas présent
- Pour être dirigé vers quelqu'un de compétent

Vous vous êtes vous déjà senti perdu, démuni face à des enfants qui vous semblaient en danger ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Estimez-vous que le secret médical soit essentiel à votre pratique médicale ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Face à un problème de maltraitance, pensez-vous que le secret médical pourrait être un frein au signalement?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Avez-vous peur de poursuites judiciaires si vous ne respectez pas le secret médical ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Ce qui pourrait vous aider à mieux signaler, ce serait

- Un circuit clair pour un bon déroulement du signalement
- Une meilleure formation
- Des interlocuteurs avec qui un dialogue est possible
- Une meilleure information
- L'assurance d'agir sans risquer d'avoir vous-même des problèmes

Si vous étiez sûr de ne pas risquer de poursuites, signaleriez vous plus ?

- Oui
- Non

Si vous étiez mieux formé et mieux informé, pensez vous que cela jouerait sur votre capacité à faire des signalements ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

Annexe 6

Affiche du 119, allo enfance en danger



Enfants en danger ?
Parents en difficulté ?
Le mieux, c'est d'en parler !

119

24H/24
APPEL NATIONAL GRATUIT
7 jours/7

ALLÔ ENFANCE EN DANGER

Ministère de l'Éducation Nationale
REPUBLIQUE FRANÇAISE

www.allo119.gouv.fr

Assemblée
DEPARTEMENTALE
DE FRANCE

The poster features a large red mobile phone icon in the center. The number '119' is displayed in white on the phone's screen. Below the screen are six colored buttons: a purple button with a sad face, a yellow button with a smiling face wearing a headset, a teal button with a happy face, an orange button with '24H/24', a blue button with 'APPEL NATIONAL GRATUIT', and a green button with '7 jours/7'. The text 'ALLÔ ENFANCE EN DANGER' is written in red at the bottom of the phone graphic. The entire poster is framed in red. At the bottom, there are logos for the French Republic and the French Departmental Assembly, along with the website address.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque