



**Expériences et attentes d'anciennes victimes de
maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste
dans leurs parcours de vie : le médecin généraliste, un
lien pour penser et panser la maltraitance**

Fanny Lestienne

► **To cite this version:**

Fanny Lestienne. Expériences et attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie : le médecin généraliste, un lien pour penser et panser la maltraitance. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01297102

HAL Id: dumas-01297102

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297102>

Submitted on 2 Apr 2016

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 DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Expériences et attentes d'anciennes victimes de
maltraitance infantile sur la place du médecin
généraliste dans leurs parcours de vie:
Le médecin généraliste,
un lien pour penser et panser la maltraitance

THESE

Pour l'obtention du
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue le 27 octobre 2015

Par

Fanny LESTIENNE

Née le 12 décembre 1987

MEMBRES DU JURY

Président:

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseurs:

Monsieur le Professeur Guy DAR COURT

Monsieur le Professeur Gérald QUATREHOMME

Directrice de thèse:

Madame le Docteur Céline CASTA



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Vice-Doyen

M. BOILEAU Pascal

Assesseurs

M. ESNAULT Vincent
M. CARLES Michel
Mme BREUIL Véronique
M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Mme DE LEMOS Annelise

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DAR COURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTE MICHEL
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEUR AGRÉGÉ

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Membres du jury

A Monsieur le Professeur Hofliger,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et d'apporter votre regard critique et avisé de médecin généraliste expérimenté. Je vous remercie de vos précieux conseils.

A Monsieur le Professeur Darcourt.
Cette thèse sur le thème de la maltraitance infantile n'aurait pu être aboutie sans le jugement aguerri d'un professeur de psychiatrie.

A Monsieur le Professeur Quatrehomme,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Vos compétences en médecine légale ne pourront que parfaire l'évaluation critique de ce travail.

Directrice de thèse

Au Docteur Céline Casta, médecin généraliste et chef de clinique du département de médecine générale.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance pour la confiance que vous m'avez accordé en acceptant d'encadrer cette thèse. Vous avez su me guider, m'encourager et me soutenir. Vos nombreuses connaissances sur la maltraitance infantile ont été un moteur de travail. Votre rigueur scientifique et la finesse de vos expertises ont été de réels atouts à cet ouvrage. Merci pour votre implication et votre motivation.

Soutiens

Au Docteur Haas qui n'a malheureusement pas pu faire partie de ce jury de thèse. Je suis touchée par la sollicitude que vous avez eu à mon égard. Merci pour votre dévouement dans la formation des internes et l'accompagnement dans leurs projets.

Aux anciens thésards, en particulier Elodie Biglia, qui m'ont conseillé et épaulé tout au long de ce travail.

A Vanessa Artero, psychologue et passionnée par son travail qui m'a si gentiment accordé son aide.

J'adresse toute ma gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près comme de loin, à l'élaboration de ce projet.

Famille

A Victor, à l'amour de ma vie.

Ta rencontre est la plus merveilleuse chose qui me soit arrivée. Merci pour tout ce que tu as fait, d'avoir toujours été présent dans les bons moments comme dans les mauvais. Je crois en notre avenir et ces formidables années que l'on va passer...

A mes grands-parents que j'estime tant:

Mon grand père pour avoir été mon étoile bienveillante durant toutes ces années. L'admiration que j'avais pour toi m'a fait avancer et dans les moments difficiles c'est à toi que je pensais!

Ma grand-mère pour ta douceur, ta chaleur, ton sourire et tous ces tendres souvenirs que tu m'as laissé. Je suis touchée par le courage que tu as eu d'assumer si jeune la vie pour fuir les moments difficiles de la jeunesse que tu m'as contée...

A mes chers parents, sans qui rien n'aurait été possible !

Maman, pour ton soutien incommensurable, ton dévouement sans faille et ta fidélité à toute épreuve.

Papa, pour n'avoir jamais douté de moi, avoir constamment cru en moi et avoir toujours su que j'y arriverai.

MERCI de m'avoir permis de faire ces études.

Ce n'est véritablement pas à vous d'être fiers de moi mais bien à moi d'être digne de vous. Votre vie est un exemple, vous êtes mon modèle de réussite, mon idéal de bientraitance.

A mon frère, car sans se le dire, nous savons que nous pouvons et pourrons toujours compter l'un sur l'autre. Tu me l'as prouvé plus d'une fois...

A ma belle famille, pour votre extrême gentillesse et générosité.

Blandine, pour la douceur que vous avez su transmettre à Victor et pour les nombreux repas, plein de vitamines, auxquels vous m'avez convié.

Benoît, pour le temps précieux accordé à me guider pour mon sujet de thèse, les relectures de tous mes mémoires. Je suis admirative de votre qualité de médecin généraliste, de Professeur et de père!

Amis

Aux Niçois, aux Lillois, à la mafia et à toutes ces rencontres extraordinaires que j'ai eu la chance de faire et qui sont devenues des amitiés sincères.

Stages

Au Professeur Levraut. Je vous remercie infiniment de m'avoir permis d'accéder à mon rêve, de m'avoir guidé et conseillé dans mes choix.

Aux équipes des urgences de St Roch, de Grasse et de Cannes, merci de m'avoir formée, m'avoir transmis votre passion et donné le goût de la Médecine d'Urgence.

A toute l'équipe des urgences Pédiatriques de Lenval, médecins et infirmières fantastiques, dont le professionnalisme, l'humilité et le respect de chacun font de ce service un exemple.

A l'équipe sensationnelle de réanimation de Bastia : Paul, Joël et autres réanimateurs, merci pour votre patience et tout ce que vous m'avez appris! Infirmiers, aides-soignants, sans oublier Antoinette, merci pour ces 6 mois!

Mais surtout, à tous ces grands enfants aux cœurs brisés pour m'avoir entrouvert les chapitres de vos vies abimées et m'avoir confié vos peines et vos faiblesses. Votre courage d'affronter ce passé et d'avoir su avancer malgré tant de difficultés suscite mon plus profond respect.

C'est en regardant le passé qu'on accède plus aisément à l'art du présent... Pourvu que le temps du regard nous sauve de l'aveuglement !

« Nous devons à nos enfants, qui sont les membres les plus vulnérables de toute société, une vie sans peur et sans violence. Nous devons ne jamais relâcher nos efforts pour instaurer la paix, la justice et la prospérité non seulement dans nos pays, mais aussi dans nos communautés et au sein de nos familles. Nous devons nous attaquer aux causes de la violence. Alors seulement, nous pourrons transformer l'héritage du siècle passé et faire d'un fardeau écrasant une leçon de prudence. »

Nelson Mandela

« Il s'écoule des années, parfois des décennies entre le moment où un enfant subit une violence sexuelle et celui où la femme ou l'homme qu'il est devenu, ose parler. Que de temps perdu ! Que de souffrances tues ! Nous ne pouvons plus accepter ce silence et ce déni et nous avons une responsabilité collective à agir efficacement. »

Michèle Barzach,
Présidente de l'UNICEF France

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE: LE CONTEXTE.....	2
I- Ce que nous savons sur la maltraitance en 2015	2
A- Un concept de maltraitance défini tardivement.....	2
B- Une longue construction d'un système de protection	2
C- Données recensées de la maltraitance.....	3
II- Ce que nous ignorons sur la maltraitance en 2015.....	4
A- Sous-estimation de la maltraitance	4
B- De graves conséquences à long terme	4
C- Un système de soins déficient	5
III- Notre étude	6
DEUXIEME PARTIE: MATERIEL ET METHODES	7
I- Choix de la méthode	7
A- Enquête qualitative	7
B- Par entretien individuels semi-dirigés	7
II- La sélection	8
A- Caractérisation de l'échantillon.....	8
B- Recrutement	8
C- Taille de l'échantillon	8
III- L'entretien	9
A- Guide entretien	9
B- Organisation des entretiens	9
C- Retranscription	10
IV- L'évaluation.....	10
A- Analyse	10
B- Amélioration des entretiens	10
C- Consolidation de certains entretiens.....	10
V- Aspects législatifs	10
TROISIEME PARTIE: RESULTATS	11
I- Résultats quantitatifs	11
A- Entretiens.....	11
B- Description de l'échantillon	11
II- Résultats qualitatifs.....	14
A- Histoire.....	14
B- Conséquences.....	23
C- Prise en charge.....	28
D- Place du médecin généraliste.....	34
E- Attentes des patients.....	38
QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION.....	42
I- Résultats principaux.....	42
II- Forces de l'étude	43
III- Faiblesses de l'étude	44
IV- Perspectives	44
A- Prévention primaire: Préparation de la parentalité, promotion de la bientraitance, encadrement du suivi médical d'un enfant	44
B- Prévention secondaire: Penser la maltraitance.....	46
C- Prévention tertiaire: Panser la maltraitance.....	49
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES.....	54

INTRODUCTION

Penser la violence en termes de santé publique est un phénomène récent¹, mieux la panser est essentiel.

Un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance; une femme sur 5 et un homme sur 13 disent avoir subi des violences sexuelles dans leur jeunesse.² Plusieurs études montrent que les adultes maltraités dans leur enfance ont plus de problèmes somatiques (mauvais état général, hypertension artérielle) et mentaux (dépression, addictions, délinquance, tentatives de suicides).³ La maltraitance dans l'enfance altère parfois à vie la santé physique et mentale de ceux qui en sont victimes et, de par ses conséquences socioprofessionnelles, peut ralentir le développement économique et social d'un pays.²

Or la prise en charge et le suivi de ces enfants victimes sont minimales voire inexistants. Pourtant, dans son dernier rapport de situation sur la violence de 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) insiste sur l'importance de proposer des services de soins et d'accompagnement de qualité aux victimes pour réduire le traumatisme, les aider à guérir et éviter que les personnes concernées ne deviennent une nouvelle fois victimes ou auteurs de violences².

Il est reproché aux médecins généralistes leur réticence à collaborer avec les autres secteurs professionnels (social, judiciaire, éducatif)³, mais ces mêmes secteurs collaborent-ils eux-mêmes avec le médecin généraliste? Justement, une étude sur le devenir d'enfants maltraités, a relevé une communication entre les services sociaux et judiciaires, mais dans les suites, les intervenants médicaux (médecins traitants, hôpitaux et médecins scolaires) ne sont pas associés⁴ au suivi de ces vies chaotiques et de ces patients meurtris demandant une attention particulière.

Pourtant, la loi propose: des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, en liaison avec le médecin traitant et l'amélioration de la prévention de la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels.³

Seuls 2 à 5% des signalements seulement émanent du corps médical (Ordre des médecins, 2002)⁵ mais inclure le médecin généraliste dans la prise en charge ne peut-il pas améliorer l'information, la formation des médecins généralistes et le suivi de ces victimes de maltraitance?

Nous avons décidé de conduire une enquête qualitative auprès d'anciennes victimes de violences infantiles pour connaître leurs expériences et leurs attentes quant à la place du médecin généraliste dans leurs parcours de vie.

Découvrir leur histoire et leur parcours de vie au delà de leur parcours de soins, nous permettra de comprendre les représentations et les jugements sur les acteurs dans la lutte contre la maltraitance des enfants et faire émerger des suggestions pour l'amélioration de la prise en charge et du suivi de ces enfants.

PREMIERE PARTIE: LE CONTEXTE

I- Ce que nous savons sur la maltraitance en 2015

A- Un concept de maltraitance défini tardivement

Le verbe *maltraiter* est issu du verbe latin *tractare* employé dans la langue poétique au sens de « *traîner violemment* » et dans le langage courant au sens de « *toucher souvent* », d'où « *prendre soin de* ». Son préfixe *mal* met l'accent sur l'aspect mauvais dans l'action de *traiter* l'autre. *Maltraiter* apparaît vers 1550 pour signifier « *traiter durement* » et s'emploie couramment par la suite pour « *traiter avec violence* ». ⁶ Le mot *maltraitance* est quant à lui d'apparition récente: Le Robert, dictionnaire historique de la langue française, indique la date de 1987. ⁶

En 1989, l'Organisation des nations unies (ONU) nomme les violences envers les enfants comme « *toute forme d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle* ». ⁷

En 1993, L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) définit l'enfant maltraité comme *celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique*. Et distingue l'enfant à risque comme *celui qui connaît des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation, ou son entretien, mais qui n'est pour autant pas maltraité*. Les enfants en danger comprend l'ensemble des enfants en risque et des enfants maltraités. ⁸

En 1999, l'OMS propose une définition large ⁹: « *La maltraitance à enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence, d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.* »

B- Une longue construction d'un système de protection

1- Historique

L'assistance aux enfants a été longtemps laissée à l'initiative des œuvres religieuses et limitée aux enfants abandonnés. En 1793, la Convention affirme que la *Nation doit assurer l'éducation physique et morale des enfants connus sous le nom d'enfants abandonnés*. En 1811, la prise en charge des enfants abandonnés devient une mesure d'assistance obligatoire: hôpitaux et hospices sont tenus d'accueillir les enfants trouvés, abandonnés ou orphelins et bénéficient à cette fin de financements publics. ¹⁰

Le dernier quart du 19ème siècle voit s'affirmer la place de l'État. La loi du 24 juillet 1889, en créant la possibilité de *déchéance judiciaire de la puissance paternelle*, fonde véritablement la protection judiciaire de l'enfance par le droit d'*instaurer un contrôle judiciaire de l'autorité parentale*. ¹¹ La loi du 19 avril 1898 sur la répression des violences commises contre les enfants prévoit l'aggravation de la peine lorsque l'auteur du délit est l'ascendant ou le gardien de l'enfant et, pour la première fois, des mesures autoritaires de placements. ¹²

La loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs précise les modalités de signalement. Elle charge les départements de recueillir les informations relatives aux mineurs maltraités et crée un Service National Téléphonique pour l'Enfance en danger (SNATED), numéro vert gratuit (119) destiné aux enfants et aux personnes qui souhaitent signaler des cas de maltraitance présumée.¹³

En 2004, l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED), acteur central de la politique de protection de l'enfance, est créé par la loi du 2 janvier 2004 pour « mieux connaître le champ de l'enfance en danger, pour mieux prévenir et mieux traiter ».¹⁴

2- La Loi du 5 mars 2007 réforme la protection de l'enfance

La loi du 5 mars 2007 introduit la notion d'information préoccupante et prévoit la mise en place dans chaque département d'une « cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes » (CRIP) et un « partage d'informations entre professionnels du travail social et de la protection de l'enfance habilités au secret professionnel ».¹⁵ L'information préoccupante est transmise pour alerter le président du conseil général sur la situation d'un mineur, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger, ou risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises. La finalité est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont lui et sa famille peuvent bénéficier.¹⁶ Après évaluation, les informations recueillies font, si nécessaire l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire.¹⁷

La loi réserve le signalement à la transmission de faits graves au procureur de la République.¹⁵

3- Les mesures actuelles de protection de l'enfance

Les mesures peuvent être :

- Educatives désignées sous le nom d'aide éducative en milieu ouvert (AEMO) lorsqu'elle est décidée par un juge et, en général, sous l'appellation d'aide éducative à domicile (AED) lorsque l'origine en est le département. La mesure est exécutée au domicile de l'enfant par un éducateur fonctionnaire ou salarié d'une association habilitée ;

- Retrait de l'enfant de son milieu familial, convenu entre les représentants de l'autorité parentale et le Département ou sur décision de l'autorité judiciaire (procureur ou juge pour enfants). Le mineur est alors placé au foyer d'une assistante maternelle ou dans un établissement spécialisé qui peut dépendre du ministère de la justice, du Département ou d'une association habilitée.¹⁰

C- Données recensées de la maltraitance

Chaque année, 41 000 enfants de moins de 15 ans sont victimes d'homicides.²

Les décès ne représentent qu'une petite fraction du problème de la maltraitance des enfants. Chaque année, des millions d'enfants sont victimes d'abus et de négligence n'entraînant pas la mort.¹⁸ Des études internationales révèlent qu'un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance et qu'une femme sur 5 et un homme sur 13 déclarent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance.²

En France en 2011, l'ONED estime le nombre de mineurs faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance à 275 000, soit un taux de 19 ‰ des moins de 18 ans.¹⁹

II- Ce que nous ignorons sur la maltraitance en 2015

Malgré un étalage de faits divers, le traitement anecdotique d'un grave problème de société, les lacunes dans la connaissance scientifique sont immenses.¹

A- Sous-estimation de la maltraitance

1- Sources multiples, recueil peu fiable

Les chiffres dont on dispose proviennent de sources multiples et sont collectés selon des méthodes différentes. Leur cohérence est faible et les problèmes méthodologiques sont nombreux, tant dans leur recueil que leur traitement et leur exploitation.¹

2- Homicides non élucidés

Le chiffre d'homicides recensés par l'OMS ne rend pas compte de l'ampleur réelle du problème car une proportion importante des décès dus à des mauvais traitements sont attribués erronément à une chute, des brûlures, la noyade ou d'autres causes.²

L'analyse de 20 ans de statistiques de mortalité infantile (1980-1999) a permis de montrer des pourcentages non négligeables chaque année de morts « de cause inconnue » (environ 5 %) et de décès relevant « de symptômes et états morbides mal définis » (15 %, 8 à 9 % étant imputables à la mort subite du nourrisson dont le diagnostic est le plus souvent posé sans autopsie). On peut craindre que sous ces divers diagnostics se cachent des homicides, fait reconnu de longue date dans de nombreux pays développés.¹

3- Maltraitance « cachée »

Ces chiffres concernent pour la plupart des cas d'enfants qui font déjà l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire et ne prennent donc pas en compte la « maltraitance cachée »²⁰. Des révélations tardives d'adultes maltraités pendant leur enfance suggèrent que la plupart des cas ne sont révélés à personne, peu sont signalés et investigués par les services de protection de l'enfance ou la justice. Les raisons invoquées par des adultes maltraités dans leur enfance pour expliquer le fait qu'ils n'en aient parlé à personne sont qu'ils n'ont pas réalisé que ce qui arrivait était répréhensible et qu'ils craignaient ou s'inquiétaient de ce qui arriverait s'ils en parlaient ou s'ils cherchaient de l'aide.²¹

B- De graves conséquences à long terme

À cette banalisation s'ajoute une méconnaissance de la gravité des conséquences sur la santé de ces violences.²²

1- Sur la santé

Des conséquences somatiques, parfois gravissimes, notamment dans les traumatismes cranio-cérébraux ont été observées avec des lésions responsables de retards mentaux parfois massifs, de crises d'épilepsie et de troubles visuels graves. Ces derniers peuvent entraver la scolarité et le processus de socialisation normale.²³ L'incidence d'événements sur le développement cérébral est à la base de l'expression de l'intelligence, des émotions et de la personnalité.²⁴

La maltraitance dans l'enfance altère parfois à vie la santé physique et mentale de ceux qui en sont victimes.² Elle est liée, à l'âge adulte, à un mauvais état de santé global²⁵, à la survenue d'attaques de panique²⁶, à la délinquance, à la consommation de drogue et alcool, à des troubles mentaux²⁷ tels

que la dépression, l'anxiété, les conduites antisociales, la dépendance aux drogues, les idées suicidaires et les tentatives de suicide, ces derniers troubles étant particulièrement fréquents en cas de maltraitance sexuelle.¹⁶

L'étude prospective américaine de Felitti de 2010, a montré que le principal déterminant de la santé à 55 ans est d'avoir subi des violences dans l'enfance.²⁸

2- Sur l'économie d'un pays

Au-delà de ses répercussions sur la santé, la maltraitance des enfants a un coût économique, lié aux hospitalisations, aux traitements des troubles psychiques, à la protection de l'enfance et aux dépenses de santé à plus long terme.² De par ses conséquences socioprofessionnelles, la maltraitance peut ralentir le développement économique et social d'un pays.²

C- Un système de soins déficient

1- Des soins aux victimes minimales

Non seulement les enfants victimes se retrouvent à survivre seuls face à des violences auxquelles il leur est impossible d'échapper, mais ils sont par la suite condamnés à survivre seuls aux conséquences psycho-traumatiques qu'elles entraînent et plus particulièrement à leur symptôme principal, la mémoire traumatique qui, leur faisant revivre les violences à l'identique, s'apparente à une véritable torture qui n'en finit pas.²⁹

Malgré les preuves solides du lien entre les expériences de violence et les problèmes de santé mentale, moins de la moitié des pays déclarent que des services de santé mentale sont à disposition pour répondre aux besoins des victimes.²

Une étude du devenir à l'âge adulte d'enfants placés a montré que le tiers des sujets présentant des troubles psychologiques graves, la moitié en cas de troubles légers, n'avaient bénéficié d'aucun suivi thérapeutique régulier.³⁰

Plusieurs études montrent que l'état sanitaire de nombreux enfants placés est déplorable avec des suivis médicaux très insuffisants. Les services sociaux étant très démedicalisés.³

2- Enjeux de la prévention

L'OMS insiste sur l'importance de proposer des services de soins et d'accompagnement de qualité aux victimes pour réduire le traumatisme, les aider à guérir et éviter que les personnes concernées ne deviennent une nouvelle fois victimes ou auteurs de violences²:

- Programmes de prévention efficaces avec soutien des parents en leur apprenant à être de bons parents²
- Accompagnement des enfants et des familles dans la durée afin de réduire le risque de répétition des mauvais traitements et minimiser leurs conséquences³
- Mise en place d'un suivi médical et psychologique régulier durant les placements² qui pourra être poursuivi à la sortie.

Mettre en place une offre de soin adaptée et accessible à toutes les victimes, par des professionnels formés, est une urgence de santé publique. « Il s'agit d'un problème mondial de santé publique, d'ampleur épidémique, qui appelle une action urgente » déclarait, en 2013, le Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS.³¹

3- Place du médecin généraliste

Comme tout citoyen, le médecin est tenu de porter assistance à l'enfant. Dans le doute, il peut demander conseil par téléphone à la CRIP de son département ou à son conseil départemental de l'ordre. S'il est confronté à une maltraitance et en l'absence de moyen de mettre immédiatement l'enfant à l'abri, il doit la signaler aux autorités judiciaires, c'est à dire le procureur de la république. Aucune poursuite ni sanction n'est possible si le signalement est effectué selon les règles: constatation et description de lésions sans interprétation, discours des divers protagonistes rapportés entre guillemets, utilisation du mode conditionnel, pas de dénonciation de personne, pas de nom cité.¹⁶

Il est reproché aux médecins généralistes leur réticence à collaborer avec les autres secteurs professionnels (social, judiciaire, éducatif)² mais ces secteurs collaborent-ils eux-mêmes avec le médecin généraliste? Justement, une étude sur le devenir d'enfants maltraités, relève une communication entre les services sociaux et judiciaires, mais dans les suites, les intervenants médicaux (médecins traitant, hôpital et médecin scolaire) n'y sont pas associés.⁴ Pourtant, la loi propose: des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, en liaison avec le médecin traitant⁹ et l'amélioration de la prévention de la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels.³

III- Notre étude

Partant du constat que les données sur le parcours de soin des victimes de violences sont pauvres, alors qu'il s'agit d'un prérequis pour mettre en place des actions efficaces, nous avons décidé de conduire une enquête qualitative auprès d'anciennes victimes de violences infantiles. Il nous est apparu important de donner la parole aux victimes de violences et leur permettre de faire valoir leur avis.

Ainsi l'objectif principal de cette étude est de décrire l'expérience et les attentes d'anciennes victimes de maltraitance infantile sur la participation du médecin généraliste.

Découvrir leur histoire et leur parcours de vie au delà de leur parcours de soins, nous permettra de comprendre les représentations et les jugements sur les acteurs dans la lutte contre la maltraitance des enfants et faire émerger des suggestions pour l'amélioration de la prise en charge et du suivi de ces enfants.

DEUXIEME PARTIE: MATERIEL ET METHODES

I- Choix de la méthode

A- Enquête qualitative

La recherche qualitative est un type d'étude particulièrement adapté pour l'étude des domaines peu connus. Elle permet ici de recueillir le vécu, l'expérience et le ressenti des participants.

En effet, cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.³² Utilisée dans des domaines aussi divers que l'anthropologie, la sociologie, la psychologie et les sciences politiques, la recherche qualitative permet aux chercheurs de collecter des données auxquelles ils ne pourraient avoir accès en n'utilisant que les seules méthodes quantitatives.³³

B- Par entretien individuels semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé est une méthode de recherche qualitative. Il sert à l'étude des représentations ou de « l'image croyance », ainsi qu'à l'étude des comportements, aussi bien des fournisseurs que des consommateurs de soins.^{34 35} Les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats³² et intimes comme celui de la maltraitance infantile où il est pénible de relater son passé douloureux.

L'entretien est partiellement structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « guide d'entretien ». Ce canevas d'entretien reprend la liste des termes à aborder. Pour chaque thème, des sous-questions dites « de relance » permettent d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. Ce plan reste souple, et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'interview, selon les personnes interrogées et en fonction du déroulement de la séance.^{34 36}

L'entretien individuel semi-dirigé doit répondre à certaines conditions de validité^{34 37 38}:

- une attitude bienveillante et empathique de la part de l'enquêteur a un impact direct sur la qualité des réponses
- les questions sont directives mais ouvertes. Il est nécessaire de laisser parler l'enquêté, de l'encourager à développer et à citer des exemples, de respecter les temps de pause
- le guide d'entretien est modulable en fonction du déroulement de la rencontre, donc le canevas doit rester souple et flexible. Il peut être modifié à l'issue de chaque entretien.

Une seule information donnée pendant l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans une enquête quantitative utilisant un questionnaire. Elle offre la possibilité de faire émerger des problématiques inattendues, auxquelles l'enquêteur n'aurait pas forcément pensé en élaborant un questionnaire dans le cadre d'une étude quantitative.

II- La sélection

A- Caractérisation de l'échantillon

Pour obtenir un échantillon riche, les critères d'inclusion ont été larges:

- personnes majeures
- ayant subi des violences dans leur enfance
- quelque soit le type de maltraitance
- quelque soit l'ancienneté des violences
- par un membre de l'autorité parentale

Les critères de non inclusion:

- personnes mineures ne permettant pas un recul suffisant sur leur parcours de vie
- personnes majeures ayant subi des violences après leur majorité car ne correspondant pas à une maltraitance infantile
- personnes ayant subi une maltraitance extra-parentale, comme la violence à l'école ou par la fratrie, car l'approche par le médecin généraliste est différente, ne comportant pas des objectifs d'éducation et de soutien à la parentalité

L'échantillonnage en recherche qualitative n'a pas pour but la représentativité statistique, et peut évoluer au cours de l'étude: l'échantillon, tout en étant le plus diversifié possible, n'est pas tenu d'être représentatif de la population générale.³⁵

B- Recrutement

Afin d'assurer une certaine diversité, permettre une taille d'échantillon acceptable, nous avons varié les modes de recrutement:

- Contact de l'ensemble des médecins généralistes maitres de stage de la région de Nice
- Contact de trois associations françaises actives pour la protection de l'enfance: *L'enfant Bleu*, *Mémoire Traumatique* et *Victimologie, Enfance et partage*
- Contact des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale de Nice, Grasse et Bastia
- Mise en ligne sur des forums une proposition de participation à une enquête
- Contact direct avec d'anciennes victimes de maltraitance actives sur les forums
- Contact par mail d'auteurs d'autobiographies sur leur maltraitance
- Contact avec le service de psychiatrie de Bastia
- Contact avec le service de Protection Maternelle et Infantile de Nice

C- Taille de l'échantillon

En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité. La sélection des participants doit permettre la diversification des données³⁹.

La taille de l'échantillon est déterminée par la réalisation elle-même de l'étude. Dans ce cas, l'analyse s'effectue au fur et à mesure du recueil des données. Ce recueil s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments. C'est la « saturation des données ».^{32 35}

III- L'entretien

A- Guide entretien (Annexe 1)

1- Elaboration

La construction du guide d'entretien s'est articulée autour de 5 parties:

- Etat civil permettant de caractériser l'échantillon
- Histoire: de la violence à la prise de conscience
- Conséquences: de la violence à la souffrance
- Prise en charge: de la souffrance à la résilience
- Place du médecin généraliste

Nous terminons l'entretien par les suggestions et idées des participants pour améliorer la prise en charge de la maltraitance en général.

2- Validation

Cet entretien a été soumis à l'expertise de deux psychologues compétentes et expérimentées dans le domaine de la maltraitance travaillant à l'hôpital pédiatrique du CHU de Nice. Cela a permis de modifier quelques tournures de phrases mal adaptées. Ces deux professionnelles m'ont conseillé quant au cadre de l'entretien et l'attitude à adopter.

3- Test

L'entretien a été testé sur une interne de médecine générale ainsi qu'une personne étrangère au domaine de la médecine afin de s'affranchir de certaines questions ou formules qui auraient pu être mal comprises.

B- Organisation des entretiens

1- Temps

Les entretiens se sont déroulés d'avril à septembre 2015.

2- Lieux

Les entretiens ont été réalisés:

- lors d'une rencontre organisée dans un cabinet de médecine générale, dans une chambre de patient ou dans un bureau du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- par téléphone lorsque l'éloignement du patient ne permettait pas une rencontre après avoir convenu d'un horaire pour ce rendez-vous téléphonique

Certaines personnes volontaires pour participer à l'étude ont accepté à condition de réaliser l'entretien par écrit se sentant plus à l'aise pour parler de leur passé. Ainsi nous avons échangé nos réponses sur plusieurs semaines permettant des réponses riches. Ces différents mode d'entretien et recueil des données ont permis une nouvelle fois d'assurer l'exhaustivité de l'échantillon et une diversification des réponses.

3- Déroulement de l'entretien

Avant chaque entretien oral, les objectifs de l'étude et le déroulement de l'entretien ont été expliqués. Pour ceux se déroulant par téléphone, au préalable de notre rendez-vous téléphonique, un document signé par le doyen de la faculté de Nice attestant que l'enquêteur était bien une interne de médecine générale était envoyé (Annexe 2). Il était précisé qu'un consentement était nécessaire pour l'utilisation des données.

4- Enregistrement:

L'ensemble des entretiens oraux a été enregistré à l'aide de deux appareils d'enregistrement numérique: un dictaphone Olympus et un ordinateur portable muni d'un logiciel d'enregistrement.

C- Retranscription

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel Microsoft Word. Cette retranscription s'est faite dans les jours suivant l'entretien.

IV- L'évaluation

A- Analyse

Les entretiens ont été analysés via le logiciel N'VIVO permettant de définir des « nœuds » correspondant aux différents thèmes de l'entretien et « sous-nœuds » caractérisant chaque idée principale.

B- Amélioration des entretiens

A l'issue de chaque entretien, le guide d'entretien pouvait varier de quelques questions et la technique était de mieux en mieux appréhendée.

C- Consolidation de certains entretiens

Pour enrichir l'étude de quelques entretiens:

- Analyse de livres autobiographiques de deux participants relatant la maltraitance qu'ils ont subi dans leur enfance
- Etude du dossier médical complet d'un participant qu'il a minutieusement et patiemment reconstitué (Courriers de l'ensemble des médecins, compte-rendu médicaux, résultats d'analyses biologiques et d'exams radiographiques, rapports du juge des enfants)

V- Aspects législatifs

Un consentement éclairé (Annexe 3) a été signé par l'ensemble des participants permettant l'utilisation des données de chaque entretien. Ce document leur garantissait l'anonymat de leur réponse.

TROISIEME PARTIE: RESULTATS

I- Résultats quantitatifs

A- Entretiens

Pour notre étude, nous avons réalisé **12** entretiens semi-dirigés entre **avril 2015 et septembre 2015**:

- 7 entretiens oraux: 3 en rendez-vous et 4 par téléphone
- 5 entretiens écrits

Les **modes de recrutements** ont été les suivants:

Mode de recrutement	Effectifs
Contact direct de personnes ayant posté leur témoignage sur forum	5
Personnes m'ayant contacté après avoir posté notre demande sur internet	3
Service de psychiatrie de Bastia	1
Patient d'un médecin niçois	1
Auteur de livre sur maltraitance par contact mail	1
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale de Bastia	1

La **durée moyenne des entretiens oraux** était de 67min.

Les **échanges lors des entretiens écrits** se sont étendus entre 2 jours et 4 semaines.

B- Description de l'échantillon

1- Etat civil

▪ Sexe

9 femmes et **3 hommes** ont participé à l'enquête.

▪ Age

L'**âge moyen** des participants est de **34,7 ans**.

Le **plus jeune âge** était **22 ans** et le plus âgé **54 ans**.

Age	Effectifs
20 - 29 ans	3
30 - 39 ans	6
40 - 49 ans	2
50 - 59 ans	1

▪ Niveau d'études

Les niveaux d'études étaient diversifiés:

Niveau d'études	Effectifs
BEP / CAP	4
Aucun diplôme	3
BAC + 1 à 5	3
Agrégation	1
Doctorat	1

▪ Professions

Plusieurs professions ont été représentées: Auxiliaire parentale, Auto-entrepreneur, Aide-soignante, Assistant sanitaire, Assistante de direction, Hôtesse d'accueil, Médecin. Trois participants étaient sans profession, un participant en congé longue maladie et un autre en formation.

▪ Statut marital et familial

Deux participants étaient séparés, les autres étaient pour la moitié célibataire et l'autre moitié en couple. Cinq participants avaient des enfants.

2- Histoire des violences

▪ Type de violences

Tous les participants (100%) déclarent avoir subi plusieurs types de maltraitance.

Type de maltraitance	Effectifs
Psychologique	12
Maltraitance physique	8
Négligence	7
Abus sexuel	4

Un participant a subi un syndrome de Münchhausen par procuration, forme particulière de maltraitance infantile.

▪ Auteur des violences

Pour 8 participants parmi 12, il existait plusieurs auteurs des violences.

Autorité	Effectifs	Dont
Paternelle	10	Père : 6 Beau - père 4
Maternelle	8	Mère: 7 Belle-mère: 1
Grand père	1	

- **Durée des violences**

La durée des violences varie entre une durée de **7 ans** et de **18 ans**.
7 personnes sur 12 déclarent avoir subi des violences toute leur enfance, soit un minimum de 18 ans.

- **Répétition des violences**

Sur la fratrie: Tous les participants avaient des frères et sœurs. Parmi la moitié (50%), les violences ont été répétées sur plusieurs membres d'une même famille: pour 5 sur les frères et/ou sœurs, pour 1 sur les nièces.
Sur les générations suivantes: Pour 4 participants, les auteurs ont répété la maltraitance sur leurs petits enfants.

3- Conséquences

- **Sur la santé physique et mentale**

Toutes les personnes (100%) déclarent avoir encore, au jour de l'entretien, des répercussions de la maltraitance sur leur santé, quelque soit l'ancienneté des violences.

4- Prise en charge

- **Signalement et décision judiciaire:**

Pour 3 personnes, la maltraitance a été signalée aux autorités.
Après signalement, les décisions judiciaires pour la protection de l'enfant ont été:

- Un retrait prolongé de la famille avec placement
- Une mesure éducative exécutée au domicile pour une durée de 6 mois
- Une condamnation de l'auteur avec 5 ans de prison ferme

- **Prise en charge psychiatrique**

Parmi les victimes, neuf ont consulté un psychiatre.

5- Place du médecin généraliste

10 participants sur 12 sont suivis par un médecin généraliste et parmi ces 10 médecins généralistes, 6 ne sont pas au courant de l'antécédent de maltraitance de leur patient.

II- Résultats qualitatifs

A- Histoire

1- Expression des violences

a) Des violences variées

▪ Violences physiques

« Je me prenais des roustes à la ceinture » E1

« Il s'amusait à me tordre le bras ou à me menacer du poing » E2

« Pour chaque faute au piano, chaque faute de notes, de nuances ou de doigté, la sentence était la même: se lever, baisser son pantalon, poser les mains sur le bureau, se pencher en avant... Ces coups de ceintures étaient le rituel de mon père » E3

▪ Violences psychologiques

○ Insultes

« Mon père nous rabaissait beaucoup, utilisait des surnoms péjoratifs. Il était despote et un tyran domestique » E5

« L'épouse de mon père m'insultait, me méprisait, me rabaissait. A ses yeux, j'étais l'enfant du diable, la méchante, la vilaine fille qui n'écoute pas et pousse les adultes à bout » E8

○ Humiliation

« L'expédition punitive débutait par un passage chez le coiffeur pour me faire raser la tête [...] parfois plusieurs fois par mois, c'était pour moi une grande souffrance morale » E10

○ Vision de scènes inadaptées pour un enfant

✓ Relations sexuelles: *« Je dormais à côté de ma mère quand je faisais des malaises. Dans la nuit, je me réveillais: ils étaient en train de faire l'amour à côté de moi » E1*

✓ Violences sur d'autres enfants: *« Ma mère traitait ma sœur de pute, de diable, de trainée dès l'âge de 15 ans. Elle se faisait frapper, tabasser par mon père et traîner par les cheveux » E3*

✓ Tentatives de suicide: *« Ma mère faisait du chantage au suicide et des pseudo-tentatives de suicide, je croyais vraiment qu'elle allait mourir » E3*

▪ Abus sexuel

« Attouchements » E1

« Le climat était incestueux » E5

« Je dormais sous la tente, j'ai entendu dans la nuit la fermeture éclair qui s'ouvrait et la fermeture éclair du duvet... » E6

- **Négligence**

- Abandon

« A la sortie de l'école, on était lâché à l'abandon. On faisait nos devoirs devant la télé, on n'était éduqué que par les dessins animés, les séries télé... jamais aucune sortie. Je faisais le ménage et m'occupais de mes frères, je leurs faisais le bain, le coucher » E3

- Matérielle

« Nous n'avons jamais eu de chauffage dans notre chambre, ni de prise de courant et nous avons eu la lumière dans cette pièce que quand je fus en troisième » E5

« Je sentais mauvais car je n'avais pas le droit d'utiliser la douche ni la machine à laver. Je devais me laver au lavabo de la cuisine et laver mon linge à la main » E8

« J'ai dû travailler avant la majorité en cachette pour pouvoir subvenir toute seule à mes besoins comme manger, m'habiller » E2

- Privation

« Je restais enfermée dans ma chambre toute la journée pendant que les enfants de ma belle mère et mon père pouvaient s'amuser. J'étais complètement coupée du monde, pas de téléphone portable, pas d'ordinateur » E8

« Mon père m'obligeait à faire 45h de piano par semaine. J'étais parfois privée de nourriture et enfermée à la cave » E10

- **Syndrome de Münchhausen par procuration**

« La maladie rénale évoquée par ma mère tout au long de ma vie a été un projet bien réfléchi. Son désir était que je sois greffée. Pour elle, je n'allais pas bien, j'étais vraiment malade. Avant chaque consultation, elle me recommandait de bien montrer là où j'avais mal et me tapait dans le dos pour me faire ressentir où était mon rein. Il fallait aussi que je fasse la grimace au moment où le médecin m'auscultait[...] Elle falsifiait les résultats médicaux » E4

b) Des violences envers la fratrie contrastées

- **Des traitements parfois différents dans une même fratrie**

« Nous n'avons pas eu le même traitement dans la famille, c'est surtout les filles qui ont subi des maltraitances » E3

« Il y avait une énorme différence: vestimentaire, matérielle, sentimentale avec mes demi-frères » E8

- **Répétition possible de violences identiques sur la fratrie**

« Moi et ma sœur avons eu toutes les deux des attouchements » E5

« Ma mère se vengeait sur moi d'abord puis sur mon frère après sa naissance » E9

▪ **Si absence de violences sur la fratrie, une souffrance tout de même existante**

« On ne peut pas considérer que dans une fratrie, s'il y en a un de maltraité, les autres ne le sont pas, ils le sont forcément psychologiquement. Quand j'étais enfermée dans la cave, ma sœur descendait pour voir si je n'avais pas laissé un mot ; quand je n'avais pas le droit de manger, elle cachait sous son pull de la nourriture, quand elle n'entendait plus le piano, elle coupait le son de la télé dans la terreur et tendait l'oreille en se disant: qu'est-il en train de lui faire? On vivait tous dans ce climat de terreur » E10

« On ne vit jamais la même chose dans une famille, mais ma sœur a grandi dans le même climat familial » E11

c) Répétition des violences sur les petits-enfants

« Ma fille m'a dit un truc: papou m'a mis un doigt au derrière... Il a touché ma fille comme il l'a fait à moi » E1

« Quand ma fille était chez eux, ils hurlaient sur elle quand elle jouait par terre en lui disant de dégager » E3

« Mon mari m'a appelé pour me dire « ton père a recommencé », j'étais loin d'imaginer... Ma fille avait 4 ans et demi ! Après enquête, il y a eu aussi mes nièces et d'autres filles du village où montaient mes parents tous les ans » E6

2- Des enfants étouffés par le silence

a) La loi du silence dans les familles

« Ma mère m'a toujours dit, on ne reparle plus de ce qui s'est passé, ça reste entre nous » E4

« Nous savions déjà dans l'enfance qu'il ne fallait pas parler de notre cadre de vie. On a eu la "culture" de ne pas raconter notre vie » E5

« Il y avait toujours ce regard: « Je sais... Tu sais... Mais tu ne diras jamais rien ! » E6

a) Par peur des représailles

« Je n'osais pas parler. J'avais peur. Ma belle mère m'avait dit que si on lui retirait ses enfants elle me le ferait payer » E8

« J'avais peur, je me disais: si je dis quelque chose à l'infirmière tout de suite elle va appeler mon père et c'est fini pour moi » E10

« J'avais peur des conséquences que mes parents auraient pu me faire subir puisque je ne me sentais pas protégée » E12

b) Par loyauté

« J'ai toujours protégé ma mère... Quand je parlais à des amis, je ne parlais jamais de ma vraie vie, de ce qui se passait vraiment » E4

« Enfant on ne dénonce pas. On doit être loyal et ne pas être un traître envers sa famille » E5

« Quand tu muris, tu prends conscience du poids de tes mots, alors tu te dis: si je parle cela portera préjudice à ma famille, mes parents auront des problèmes » E10

c) Par ignorance

« Nous ne savions pas que c'était interdit » E1

« Pour moi c'était dans la normalité des choses. Tous les pères étaient comme ça... » E6

« Il ne te viendrait pas à l'esprit d'en parler à quelqu'un car c'est la vie de famille. Tu ne réalises pas du tout que ta vie n'est pas normale pourtant tu en souffres quand même! » E10

3- Des auteurs en souffrance

a) Pathologies psychiatriques

« J'ai vécu dans un environnement où ils s'inventaient une histoire. Ils se croyaient poursuivis par Al Quaida, par le plus grand criminel de la terre » E2

« Ma mère disait qu'elle ne pouvait pas travailler car sa fille était malade, alors que je ne l'étais pas » E4

« Mon père m'a mise au piano à l'âge de deux ans et est devenu obsessionnel par rapport à ce piano: une obsession de la perfection et de là ont découlé les violences. Il est pathologique. Il est vraiment démesuré, il n'arrive pas à rester dans la mesure » E10

b) Maltraitants anciens maltraités

« Ma mère s'est vengée sur moi de ce qu'on lui a fait subir petite » E7

« Mon grand père était quelqu'un d'extrêmement violent qui cognait sur tout le monde et qui a battu mon père toute sa vie. Mon père n'a pas été suivi pour tout ce qu'il avait subi et ma naissance, la paternité a réveillé chez lui ce qu'il avait vécu » E10

« Ma mère réagissait à ce que lui faisait mon père, elle était maltraitée psychologiquement et se vengeait sur moi » E9

4- Entourage

a) Attitude de l'autre parent

▪ **Déni de l'autre parent**

« Ma mère pensait que c'était des attouchements "légers" » E5

« Elle ne le savait pas ou ne voulait pas le savoir car on en a parlé des années après » E9

- **Un parent impuissant**

« Quand j'étais petite, ma mère essayait de s'opposer en disant: Elle fait trop de piano, elle est trop petite! Mais intelligent et très manipulateur, mon père lui répondait: Toi tu es nulle, si c'est toi qui les éduque elles n'arriveront à rien ! Ce travail que l'on voit dans les violences conjugales. Il y avait le fort et la faible » E10

- **Un soutien passif**

« Si je n'avais pas le droit de manger, ma mère me cachait de la nourriture dans mon armoire de vêtements elle a toujours contourné. Elle n'a pas réussi à l'affronter mais elle essayait de faire ce qu'elle pouvait... Elle a quand même été là pour moi ! » E10

« L'infirmière a dit à ma mère: Votre fille est anorexique, il y a des violences ! Elle s'est effondrée: aidez moi car je ne peux rien faire, il faut la sortir de là ! Elle a été d'accord et partie prenante du signalement. C'est elle qui m'a accompagnée à la brigade des mineurs » E10

- **Culpabilité de l'autre parent et reconnaissance tardive**

« Ma mère l'a reconnu et a laissé la tombe de mon grand-père à l'abandon! » E1

« Quelques jours avant son décès, ma mère m'a dit: Je regrette qu'on ait pas porté plainte pour toi, j'aurai dû le faire! Puis elle a repris son nom de jeune fille et ne s'est pas faite enterrer avec le nom de mon père. Ca veut dire beaucoup... » E6

« Aujourd'hui, elle ne nie pas ma souffrance mais si elle acceptait tout ce serait trop violent car déjà elle culpabilise beaucoup en acceptant un petit minimum » E10

- **L'autre parent accuse l'enfant de mentir**

« Ma mère m'en veut car quand j'ai accusé mon beau père, il a fait une attaque. Il est depuis très handicapé. Elle ne me croit pas, elle dit que j'avais de l'animosité envers lui, que j'étais jalouse, que j'ai inventé » E1

c) De la famille:

- **Aveuglement des familles**

« Mon entourage fermait les yeux sur ça, ils s'en foutaient ! » E7

- **Réaction inadaptée de la famille**

« J'ai crevé l'abcès auprès de ma famille pour dire que c'était un délinquant, un pervers, un pédophile et je pensais qu'on allait m'appuyer en tant que victime ! en fin de compte non... c'est lui qu'on a plaint car il s'est suicidé... Je me suis sentie trahie ! » E6

- **Négation de la famille la situation de maltraitance**

« Au début, ma sœur ne m'a pas crue car ne l'a jamais vécu » E6

▪ **Une volonté de l'entourage d'agir mais une volonté fragile:**

« Ma tante a demandé ma garde, ma mère a refusé, du coup elle n'a pas insisté » E7

« Vers 7 ans, j'ai entendu la cousine de mon père dire qu'elle allait signaler à une assistante sociale ce qui ce passait pour m'adopter. Néanmoins elle ne l'a jamais fait » E8

5- Arrêt des violences

a) Auteur surpris par quelqu'un

« Sous la tente, mon père a été surpris par mon cousin et ça s'est arrêté » E6

b) Prise de conscience du mal par l'auteur des violences

« Quand j'avais 8 ans, ma mère a pris conscience qu'elle nous faisait du mal. La même semaine, elle a mis notre père dehors et a consulté un psychiatre. Elle a alors cessé toute violence du jour au lendemain » E9

c) Placement de la victime

« A l'occasion d'un weekend de pâques, extrêmement plus violent, j'ai dit à l'infirmière scolaire: je n'en peux plus, il faut que vous fassiez quelque chose ! Elle a fait un signalement tout de suite au procureur de la république et j'ai été convoquée le lendemain à la brigade des mineurs. Ça a été très rapide, j'ai été placée de suite et je ne suis plus jamais rentrée » E10

d) En fuyant l'environnement familial

« 3 mois après mes 18 ans je suis partie du domicile familial. Le mot "enfui" est plus juste, j'ai attendu que la maison soit vide pour remplir un sac plastique de vêtements et partir » E8

« A 18 ans, je suis parti de la maison, j'ai profité de la rentrée universitaire. Alors que j'étais pris à l'université à deux pas de chez moi, j'ai choisi l'université la plus lointaine » E9

« J'ai eu une chance dans tout ça, j'ai rencontré à 14 ans mon ancien patron, je commençais à travailler pour lui. Donc j'étais plus au magasin qu'à la maison... » E1

6- Prise de conscience des victimes de la situation de maltraitance

a) Facteur déclenchant de la prise de conscience

▪ **Après répétition des violences de l'auteur sur leurs petits-enfants**

« C'était enfoui au fond de moi, c'était oublié et c'est ressorti quand il a touché ma fille » E1

▪ **Après comparaison avec les camarades**

« Avec mes copines, quand elles me disaient: mon père je l'adore ! Pour moi, c'était bizarre, vu comment elles en parlaient et par rapport à ce que moi je ressentais » E6

« Enfant, tu ne t'imagines absolument pas en termes de normalité ou d'anormalité, tu souffres point ! C'est au moment du collège, après avoir mûri, tu commences à raconter à tes amis ce que tu fais le soir. Moi J'étais toujours décalée: mes copines avaient regardé un film, étaient sorties pour un anniversaire, le mercredi elles recevaient des copines ; moi je ne disais jamais rien car tout ce que j'avais fait, c'était faire du piano » E10

« Vers 18ans, une amie m'a dit que ma mère ne m'aimait pas, que ça se voyait. Elle m'a dit que ce que j'avais vécu était horrible, c'est là que j'ai pris conscience de la gravité de la situation » E7

b) Délai tardif de la prise de conscience

« Pour l'inceste, on voyait une anormalité, mais pour donner les termes d'inceste ou de pédophilie il m'a fallu au moins que j'ai plus de 30 ans » E5

« J'ai commencé à comprendre à l'âge de 12 ans, quand ils m'ont placé en famille d'accueil » E2

« A 25 ans, quand j'ai voulu reconstituer mon histoire, le médecin de mon enfance avec qui j'ai pris rendez-vous m'a parlé du syndrome de Münchhausen par procuration. C'est la première fois qu'on me l'annonçait... même si j'avais des doutes, je pensais que ma mère exagérait tout ce qui m'arrivait. J'avais souvenir de médecins en colère, une histoire de justice mais rien de concret pour moi » E4

7- Sentiments

a) Sentiments de ces anciens enfants

■ Culpabilité des enfants

« Petits, on est complètement culpabilisé. Mes parents ont fait que de répéter tout le temps que c'était de notre faute, que ce n'était pas mieux chez les autres. Ce n'était que de la manipulation mentale, c'est si simple sur des enfants » E3

« Un enfant, abusé sexuellement ou violenté, se sent coupable, pour lui c'est de sa faute » E6

« Je me demande ce que j'ai fait pour vivre ça, ce que j'ai fait pour le mériter. C'est difficile d'avouer avoir un passé si lourd. On a toujours quelque chose en nous qui nous dit qu'on est peut être coupable de tout cela » E8

« A 4 ans tu es trop petit, tu souffres dans ta chair de cette situation, tu te dis « Qu'est que j'ai fait ? » Tu culpabilises en imaginant au premier coup que tu reçois que tu viens de perdre l'amour de ton père et que tu es responsable de ça » E10

■ Besoin de soutien de ces enfants

« Le fait de parler à l'infirmière m'a donné le sentiment que je ne pouvais plus mourir. Ce que tu vis pendant 14 ans avec la peur au ventre de mourir tous les jours, tu ne l'as plus d'un coup car tu te dis, on est deux, je ne suis plus toute seule » E10

▪ **Relation ambiguë envers le maltraitant**

○ Relation ambiguë d'amour malgré les coups

« Ma mère et moi étions en complète fusion que toutes les deux. Moi je me disais que je ne pouvais pas vivre sans elle. Elle faisait ce qui fallait pour » E4

« Je suis contente qu'il soit en prison mais ça reste mon père. Je sais que là bas, il va sûrement se faire fracasser... De savoir qu'il peut se faire violenter, j'ai du mal ! D'un côté c'est ce que j'ai voulu depuis des années, mais d'un autre je me dis, ça reste quand même mon père... Quoi qu'il arrive ! » E6

○ Difficultés de quitter un lieu pourtant hostile

« J'avais 19 ans et je pouvais partir, mais c'est ça que les psychiatres n'arrivent pas à comprendre: quand on est totalement détruit psychologiquement on ne peut pas partir. Moi j'ai essayé de partir mais de toute façon en partant je ne peux pas me construire » E3

« Ça a été un cap de quitter ma mère et de prendre mon indépendance, beaucoup d'angoisses sont venues, un peu les mêmes que j'avais lorsque j'étais enfant » E4

b) Sentiments de ces nouveaux adultes

▪ **Besoins**

○ De reconnaissance

« J'ai voulu crever l'abcès avec ma famille, pour qu'elle reconnaisse, m'aide, me soutienne en tant que victime. Mais je n'ai jamais été aidé...Encore maintenant, je suis le mouton noir » E6

« Lors du procès, on a dit à ma fille « Vous avez aussi le droit à des indemnités » Elle leur a alors répondu « je n'en ai rien à faire de l'argent, je veux qu'il reconnaisse ! » On voulait simplement qu'il admette ses torts » E6

« J'aimerais que tout ça soit reconnu [...] Si c'est reconnu, on se sent en sécurité » E3

○ De justice

« Moi je ne guérirai jamais car ils n'ont pas été punis. Mon grand père est mort de sa belle mort ! » E1

« Il n'y a pas eu de justice, il n'y a rien eu. Quand vous portez plainte contre quelqu'un et qu'il n'y a rien qui se fait, vous vous dites que la justice, ça sert à rien » E6

○ De soutien

« Je me sens bien parce que je suis dans une structure où l'on m'écoute, je n'ai pas besoin de me cacher et j'arrive à parler. Je me sens en sécurité. Il y a des gens qui sont avec moi.. » E6

« J'ai une vision beaucoup plus sereine de l'avenir car je suis épaulé » E9

- Besoin des victimes de reconstruire leur passé

- ✓ Comprendre pour protéger ses enfants:

« Je n'avais pas confiance pour confier ma fille à ma mère et je ne la lui laissais que quelques heures par jour, mais je ne savais pas pourquoi. Ma mère m'a alors parlé des droits de grands parents. Ce qui m'a alors donné la force de ressortir tous mes dossiers médicaux, de reconstruire cette histoire, les morceaux du puzzle c'est que j'avais la procédure de ma mère qui m'assignait en justice afin d'obtenir un droit de visite et d'hébergement sur ma fille. Il me fallait démontrer à cette juge qu'il y a 18 ans ils ont fait une erreur avec moi, aujourd'hui, ils n'en feront pas pour ma fille. Je me suis battue corps et âme » E4

- ✓ Comprendre pour se libérer:

« Après avoir parlé, avoir avoué j'ai senti un poids de MILLE kilos partir, je m'étais délivrée. D'un coup assise sur la terrasse, j'ai ressenti le soleil sur mon visage, des fourmis sur les mains et j'ai recommencé à voir comme il faut car je voyais flou. Ca y est je m'étais réveillée... Et quelques jours, plus tard je sortais de l'hôpital » E1

« Tous ces souvenirs il fallait que je les revive psychiquement pour qu'ils ne m'envahissent plus dans chaque moment passé avec mes enfants. » E4

- **Sentiment de culpabilité de la répétition des violences sur les générations suivantes**

« Je culpabilise. Elle s'est retrouvée seule avec lui. Mon père trouvait toujours le moyen d'aller les chercher en voiture. Elle s'asseyait sur ses genoux, comme souvent les petites filles font avec leur papy... Avec ses mains baladeuses, je n'ai rien vu... Pour moi, j'ai laissé aller mais pour ma fille j'ai fait un dépôt de plainte, mais je n'ai pas été assez battante pour ça, j'aurai du réitérer, j'aurai du y retourner...! » E6

- **Difficultés d'avancer pour ces adultes meurtris, de se reconstruire:**

« Les enfants maltraités c'est un peu comme les daltons, toute leur vie ils vont avoir une chaîne avec le boulet au bout. Je considère que tous ont un boulet, simplement chez certains, il est suffisamment léger pour qu'ils puissent continuer d'avancer chez d'autres il est tellement lourd qu'ils sont figés dans leur passé qu'ils n'avanceront jamais, ils sont complètement détruits. » E10

« Je ne saurais dire quelle étape de ma vie a été la plus difficile, peut-être ma reconstruction. Si il y en a eu une... Car je trouve qu'il est difficile de se reconstruire après avoir vécu la violence et l'humiliation aussi longtemps. » E8

B- Conséquences

1- Conséquences sur la santé

a) Lésions physiques

« J'ai souvent saigné du nez après des coups au visage » E8

« J'ai eu plusieurs bosses sur le front qui sont restées et m'ont déformées le front, des cicatrices, déformation des orteils du pied, à cause d'avoir mis des chaussures qui ne m'allaient pas quand j'étais petite » E12

«A partir de 4 ans, j'ai alors subi trois opérations sur le rein gauche pour qu'on me l'enlève à 8ans» E4

b) Troubles psychosomatiques

« C'était enfoui au fond de moi, je ne voulais pas m'en rappeler et ça sortait en malaises, en convulsions » E1

« Mon esprit ne voulait pas se souvenir mais mon corps lui se souvenait de tout et me le faisait savoir » E4

« Mon compagnon et moi essayons d'avoir un bébé. Nous sommes passés en PMA, nous avons fait un tas d'examens, rien d'anormal, infertilité inexpliquée. J'ai subi des traitements, ça n'a pas non plus fonctionné. Je pense que mon passé fait blocage sur mon corps. Je me suis tellement souvent demandée si j'allais être une bonne mère, si j'allais reproduire ce que j'ai subi que je pense me faire barrage à moi même » E8

« Mal au corps, tout le temps, dos, jambes, bide en vrac, toujours un problème » E11

c) Troubles psychiques

▪ Mal être

« Toute cette histoire a affecté ma vie en tant que femme, je me suis toujours sentie mal dans ma peau » E1

« J'ai eu beaucoup de séquelles morales. j'ai l'impression de ne pas avoir tourné la page, de rester bloquée. Je n'arrive pas à vivre mon bonheur et me méfie de tout » E8

« Quand j'étais étudiant, j'étais très fragile et je ne savais pas pourquoi » E9

▪ Troubles de l'humeur

○ Dépression

« L'impact que cela a eu c'est qu'à 19 ans je suis tombée en grosse dépression, à pleurer sans pouvoir dire un seul mot » E3

« Dépression depuis très longtemps dès l'enfance » E5

- Tentatives de suicide

« J'ai fait une première tentative de suicide à 10 ans avec le rasoir du mari de ma grand mère et j'ai retenté le coup une fois à 17 ans » E2

« J'ai fait plusieurs tentatives de suicide sans succès, je voulais mourir, j'étais obsédée » E7

- Idées noires

« Aujourd'hui à part ma petite amie et mon meilleur ami, je n'ai aucune raison de vivre. S'ils n'étaient pas là je me suiciderais... Je n'en parle pas mais chaque jour je n'ai qu'une seule envie c'est de me tailler les veines » E2

« Je vis comme ci rien ne s'était passé, c'est le mieux, car y penser chaque jour je finirais probablement par me suicider. Il y a des phases dans l'année où j'ai des idées noires, mais j'arrive toujours à remonter la pente, à me faire une raison, me donner des objectifs pour continuer à aller de l'avant, à croire au bonheur. » E7

- **Syndrome de répétition**

« J'avais l'impression d'un déjà vécu, quelque chose de déjà vu, des flashes de ce qui se passait quand j'étais jeune et j'ai toujours ces flashes » E1

« J'ai encore des hallucinations qui me reviennent » E9

- **Troubles anxieux**

« Je suis tombée dans un état d'angoisse extrême je n'arrivais plus à dormir ni à manger » E3

« J'étais une petite fille très angoissée » E4

« souvent malade à cause du stress, de l'angoisse » E7

- **Troubles des conduites instinctuelles: Appétit, sommeil, sexualité**

- Problèmes de poids

✓ Anorexie: *« Je n'en pouvais vraiment plus de cette situation [...] j'ai décidé d'arrêter de manger, je me suis mise en grève de la faim. Le but était de maigrir pour que mon père se rende compte que je suis malheureuse et qu'il change. C'était un appel au secours non pas à destination des autres mais un appel au secours à destination de mon père. Aujourd'hui toujours anorexique, cela ne m'a pas empêché de réussir ma vie mais c'est un gros boulet que je me traîne » E10*

« Quand j'ai su qu'il avait recommencé sur ma fille, J'ai chuté: j'ai perdu 7 kilos en 12 jours [...] Je suis anorexique mentale depuis longtemps » E6

✓ Prise de poids: *« J'ai toujours été grosse, et je pense que c'est lié » E1*

- Cauchemars

« J'avais des troubles de sommeil depuis que j'ai atteint la majorité depuis que j'ai commencé à me remettre des souvenirs dans la tête » E2

« J'ai fait beaucoup de cauchemars, maintenant je n'en fais plus mais les cauchemars ont duré des années et des années durant » E6

« Cauchemars toutes les nuits » E9, E12

- Diminution de la libido

« Avant ça se passait très bien, j'avais beaucoup de libido y compris après l'accouchement. Depuis que tout est remonté, c'est bloqué... Depuis ce choc, c'est devenu une corvée ! » E1

« Coté sexuel, je n'ai pas eu une vie sexuelle épanouie, c'était très difficile ! » E6

« Aucun désir sexuel que ce soit pour les hommes comme pour les femmes malgré que je me sente mieux et rassurée auprès d'une femme » E7

« Dégout du corps, du sexe » E11

- **Troubles du comportement**

- Délinquance

« Mon frère a fait des conneries: drogue, alcool, prison mais on sait pourquoi ! » E1

« Je cassais des pare-brises, je volais... » E2

- Violence

« J'ai lever la main sur ma copine: j'étais mal psychologiquement, j'étais en colère et elle a été la première sous la main. Il m'est arrivé aussi à l'école primaire d'attraper quelqu'un et de taper dessus juste pour me détendre. Je faisais souffrir pour le plaisir » E2

« J'ai toujours eu un caractère violent [...] J'ai failli passer ma meilleure amie par le fenêtre, j'avais des excès de colère impossible à me calmer » E6

« Il y a souvent eu des moments de dispute entre moi et mon compagnon où j'ai levé la main sur lui. J'ai extériorisé le mal que j'avais à l'intérieur » E8

- Repli

« J'étais en retrait, je parle pas ou peu de moi » E5

« Je me faisais toute petite et me mettais à l'écart. Je restais en retrait. » E8

« Au lycée, j'étais très renfermée » E9

- **Troubles psychiques de la grossesse**

- Dépression du post-partum

« Après voir accouchée, j'étais à l'hôpital en urgence car ça n'allait vraiment pas bien, ils ont dit que je faisais la dépression du post-partum » E1

- Dénier de l'enfant:

« D'après les psy, ce serait sorti déjà à ma grossesse parce que je voulais un garçon non pas une fille. Parce que les garçons ça finit moins mal que les filles... » E1

« J'ai complètement occulté quand Sonia est née, j'ai mis trois mois à réaliser que j'avais une fille. Car je lui en ai voulu à ma fille qu'elle naisse en tant que fille... Je voulais un garçon. Je savais qu'avec un garçon, il n'y avait pas de problème et qu'avec une fille, ça allait m'amener des problèmes » E6

- d) Effets secondaires des traitements

« Je me suis retrouvée obèse ensuite suite aux traitements psychiatriques, défigurée par une acné, une aménorrhée » (E3)

« Zyprexa ce dernier a eu un avantage c'est qu'il m'a permis de travailler c'est à dire qu'il stabilisait suffisamment les idées désordonnées que je pouvais avoir mais le gros inconvénient du Zyprexa c'est qu'il donne faim et que j'ai pris 40 kg. » (E9)

2- Conséquences scolaires et professionnelles

- **Une concentration difficile**

« Pendant les cours je m'endormais, je faisais des malaises, des convulsions. Ils ne me voulaient plus en cours, ils disaient que ça perturbait la classe... » E1

« Petit à petit je n'étais plus du tout capable de m'intéresser au cours. » E3

« Quand j'étais à l'école, j'étais la physiquement mais perturbée... A cet âge là, mes inquiétudes étaient autres que de s'occuper d'écouter ce qui se passait en classe » E4

- **Désertion de l'école**

« Je n'ai pas grandi dans les cours d'école mais dans le monde aseptisé des hôpitaux et cabinets. J'ai beaucoup manqué l'école. J'ai redoublé le CP, c'était l'année avant qu'on m'enlève mon rein et c'est là qu'on a beaucoup vagabondé d'hôpitaux en hôpitaux, de médecins en médecins » E4

- **Retards**

« Enfant j'avais un retard de langage [...] j'écrivais, et j'écris toujours super mal » E5

- **Difficultés de trouver sa voie**

« Difficultés à travailler, trouver sa voie... » E11

3- Conséquences sur les relations sociales

a) Amis

« Enfant, je n'avais pas d'amis parce que ma mère me disait que ce n'était pas bien » E4

« Il y a un gros décalage de maturité, je m'entends bien avec des gens qui ont 30ans de plus » E10

b) Relation amoureuse

« J'ai peur des hommes car pour moi s'ils sont gentils, c'est qu'ils ont une idée malsaine derrière la tête. Je n'arrive pas à avoir confiance, je garde une certaine distance et méfiance. Et coté femme c'est tout le contraire. J'ai un gros manque affectif que je n'ai pas eu avec ma mère, c'est une souffrance indescriptible que j'essaie de combler du mieux que je peux » E7

« Il y a souvent eu des moments de dispute entre nous. Je pense avoir voulu gâcher cette histoire. Comme j'avais été gâchée pendant 15 ans. » E8

« La vie amoureuse très peu » E9

4- Conséquences sur la parentalité et l'éducation de leurs enfants

a) Peur de reproduire

« Au début j'ai craint. Quand mon médecin généraliste m'a parlé de ce syndrome, je lui ai dit: Mon dieu je vais devenir pareil ! On entend tellement souvent qu'un enfant maltraité devient maltraitant. Ça a été difficile. » E4

« Après j'ai eu cette peur de reproduire le schéma, car le psychiatre m'avait dit, si vos enfants veulent dormir avec vous, surtout vous dites non. Mais ce sont mes enfants... je ne vois pas où est le mal... donc vous savez plus comment faire » E6

« Je me suis tellement souvent demandé si j'allais être une bonne mère. Si j'allais reproduire... » E8

b) Des questions sur la parentalité

« J'étais malade car j'avais peur non pas de reproduire mais de ne pas être à la hauteur, ne pas être une maman comme il fallait. » E1

« Beaucoup de questions, j'ai une fille en premier et je crois que la relation mère fille c'est particulier en plus comme j'ai vécu ça. J'ai deux enfants. Pour le petit garçon ça va c'est super mais avec la fille ça a été différent » E4

« Et être parent aujourd'hui est difficile car n'ayant pas eu une bonne éducation, je me demande si j'en fais trop avec ma fille ou pas assez pour la rendre heureuse, la câliner un maximum pour qu'elle se sente aimée, répondre à tous ses besoins. » E12

c) Education trop protectrice

« Ma fille était presque étouffée... Je ne la laissais pas avec les copines, je l'amenais toujours, je recevais les copines à la maison. Quand je l'amenais à l'école, j'avais l'impression de l'abandonner. Lors de crises, je ne réussissais pas à la mettre à l'école » E1

C- Prise en charge

1- Ressenti sur le système éducatif

a) L'école: un lieu de répit

« L'école c'était ma bouée de sauvetage, ma bouffée d'oxygène. Le seul jour de la semaine où je retrouvais un peu de joie était le lundi. C'était le jour de ma délivrance. Tous les autres me rapprochaient du week-end et me terrorisaient » E10

« L'école c'est notre lieu de refuge où l'on est tranquille la journée » E12

b) Infirmière scolaire: patientes et compétentes

« Elle a eu l'intelligence de se dire qu'il y avait un truc! Elle est venue toutes les récré m'attendre et me prenait dans son bureau jusqu'à ce que je lui parle. Il a fallu tisser cette relation de confiance. J'ai mis deux mois avant de commencer à lui parler. Par contre ensuite, c'était un flot ininterrompu de paroles, j'avais besoin de la voir tous les jours jusqu'à ce que je sois placée » E10

« Je me souviens d'un rendez vous annuel avec l'infirmière de l'école: elle m'a posé énormément de questions. Mon père et sa femme ont alors été convoqué. L'infirmière n'a pas abandonné et a réussi à me faire suivre par une assistante sociale. C'était une femme d'une douceur extrême » E8

« L'infirmière scolaire du lycée, sentait mon mal être. J'étais très renfermée » E9

c) Les professeurs

▪ Dénî des professeurs

« Personne n'a rien vu, même les profs » E5

▪ Malgré les doutes de professeurs, peu d'investigations

« A la maternelle les professeurs avaient vu qu'il y avait un problème car j'étais dans mon coin, je ne jouais pas avec les autres enfants. Ils ont essayé de me parler, de me demander comment ça se passait à la maison mais j'ai eu peur, je me suis mise à pleurer et je n'ai rien dit. Ils n'ont pas insisté, j'avais 3 ans » E7

« A l'école maternelle, j'avais reçu un énorme coup sur le front avec une grosse bosse. A moitié assommée je suis allée en classe et je me suis à moitié endormie sur la table. La maitresse l'a remarqué et m'a demandé qui m'avait fait cette bosse alors j'ai dit que j'étais tombée. Elle ne m'a pas cru et m'a emmené voir la directrice. Je n'ai pas pu leur raconter. Puis voilà ça s'est arrêté là. » E12

2- Ressenti sur le système de protection de l'enfance

a) Malgré avertissement peu de protection

« Ce qui est grave, c'est que j'ai averti les services de protection de l'enfance des violences familiales qu'ils y avaient eu sur ma sœur et sur moi... Mais ils ont quand même placé ma fille en droit de visite et d'hébergement chez mes parents. Ils voient ma fille avec mes parents une demi-heure et ils vont juger qu'il n'y a aucun problème » E3

« Quand c'est arrivé à ma fille, j'ai porté plainte. Un dépôt de plainte qui n'a jamais été suivi. Ce n'est que des années après, lorsque ma fille a voulu porter plainte à 29 ans, qu'il y a eu une enquête! Après enquête, il y a eu aussi mes nièces et d'autres filles du village où montaient mes parents tous les ans. Là ils ont fait leur boulot, enfin! » E6

b) Assistantes sociales peu vigilantes

« L'assistante sociale en a conclu que j'étais une enfant qui demandait juste à être le centre de l'attention. Aujourd'hui, je trouve ça fou, elle n'a rien compris et n'a pas cherché plus loin. Elle n'a pas exercé son métier correctement et je lui en ai beaucoup voulu. Je me suis senti abandonnée. » E8

c) Après mesures judiciaires

▪ Après signalement, peu de suivi par les organismes

« Après le signalement, ils ont demandé un éloignement familial mais comme je semblais très perturbée, il n'a pas eu lieu et il y a eu une assistance éducative, quelqu'un qui venait chez moi voir ce qui se passait. Au départ le juge avait décidé que ça durerait un an. En fait ce suivi n'a duré que quelques mois parce que cette personne jugeait que tout se passait bien à la maison, une mère aimante, attentionnée... Le suivi était mauvais, 6 mois simplement! » E4

▪ Pas d'explications données à l'enfant

« Quand ce monsieur envoyé par la justice venait chez moi, je n'avais pas du tout connaissance que c'était quelqu'un mandaté par la justice pour voir comment ça se passait chez moi. Ma mère m'a expliqué que ce monsieur était un sophrologue et qu'il venait, que c'était le chirurgien qui avait demandé qu'il me voit parce que j'étais angoissée... » E4

▪ Une protection minimaliste de l'enfant

« Ma mère n'a aucun droit sur ma fille parce qu'ils ont jugé que le principe de précaution prévalait. Mais on la laisse dans la nature sans rien faire ! Aujourd'hui elle n'habite pas très loin de chez moi et je suis obligée de protéger ma fille. C'est une femme tenace, elle vient toujours à l'école, elle déboule dans la cour prétendre vouloir parler à ma fille. Il faut toujours que je brandisse, la réponse de justice avec le compte rendu de l'expert psychiatre » E4

« Les services destinés à cela en France privilégient la "famille" à "l'enfant" » E5

▪ Pas de prise en charge de la fratrie

« Aucun suivi psychologique pour ma petite sœur » E10

- **Placement**

- Pas de placement

« Il y a eu un manquement dans cette prise en charge. J'ai beaucoup réfléchi, si on m'avait enlevé de la famille... les choses auraient pu évoluer différemment. » E4

- Et quand placement, de gros dysfonctionnements

- ✓ Manque d'éducateur

« Au foyer nous étions 23 filles pour un éducateur, le pauvre il essayait déjà de régler les bagarres et toute la nuit il passait son temps à faire des constats de fugue » E10

- ✓ Changement des enfants de foyer en foyer

« J'ai d'abord été placée à l'hôpital en placement secret, un placement sous X pendant à peu près un mois [...] Ensuite je me suis retrouvée en famille d'accueil d'urgence pendant l'été. Puis peu avant la rentrée j'ai été placée dans une maison d'enfants, c'était un service d'accueil d'urgence et là j'ai commencé ma rentrée en première dans un autre lycée. Au bout de 9 mois dans ce service d'accueil d'urgence ils ont voulu me changer de lieu. On m'a proposé un appartement thérapeutique dans Paris [...] Je me suis alors retrouvée dans un foyer de semi liberté à deux départements de mon premier lycée. Je devais donc changer de lycée, mais mes copains de première et les profs ont fait une pétition pour ne pas que je change. Donc à 4h30 je me levais, 5h20 je prenais le premier train, 8h00 j'arrivais au lycée et le soir je rentrais à 21h. Cela ne dérangeait personne ! » E10

- ✓ Aucun prise en charge médicale, aucun suivi

« Aucun suivi! On est placé c'est tout, on ne voit pas de médecin. Le problème qu'il y a c'est que les visites médicales sont au coût de la collectivité. Jamais on m'a proposé d'aller voir un médecin, je n'ai pas vu de psychiatres. Pendant les 3 ans de placement je n'ai pas eu une seule once de prise en charge ni médicale ni psychologique. Il y a tellement pas de suivi psychologique que les gens s'enfoncent, ils s'enfoncent, ils s'enfoncent jusqu'à ce qu'ils aient bien la tête sous l'eau. » E10

3- Ressenti sur le système de soins

a) Prise en charge médicale globale

- **Avis négatifs**

- Manque de communication

« Il y a un manque d'information entre chaque médecin, chaque hôpital, c'est hallucinant ! Je me suis rendu compte en découvrant mes dossiers médicaux, qu'ils m'ont emmené à Nantes, voir un nouveau chirurgien, mais l'info passait mal. Le médecin traitant de l'époque était au courant que je m'étais faite opérer à Bordeaux, à Paris, à la Rochelle et arrivée à Nantes, il n'en a absolument pas fait part au nouveau chirurgien, qui me réopère » E4

- Pas d'accès à une prise en charge médicale

« Quand j'ai été placée, je n'ai vu aucun médecin, aucun psychiatre ce qui est dommage car ça faisait un an que j'étais anorexique. » E10

- Aucune prise en charge de l'auteur des violences:

« Même après avoir découvert que ma mère avait reproduit un syndrome de Münchhausen par procuration, elle n'a eu aucune prise en charge psychiatrique... Rien ! Et aujourd'hui elle continue de crier haut et fort que j'ai réellement été malade, qu'elle n'y était pour rien » E4

« Je voulais que le psychiatre suive mon père mais pas moi » E6

- **Expériences positives: des professionnels sachant se remettre en question**

« Je suis retournée voir tous les médecins m'ayant pris en charge. Et 18 ans après, ils se souvenaient de moi tous, généralistes, chirurgiens, psychiatres ! Je ne sais pas si on peut dire qu'ils se sont rattrapés mais ils ont tous accepté de me revoir. Si chacun m'avait tourné le dos en me disant : « non c'est vieux, on ne se souvient plus, je ne veux plus en parler », mon désarroi aurait été encore plus grand » E4

b) Prise en charge psychiatrique

- **Premier contact avec psychiatre: initiative du patient lui même**

« Au moment de la grossesse ça a été compliqué, plein de questions me revenaient, je ne savais même pas pourquoi ça n'allait pas. Donc là j'ai commencé à me dire, il faut que je me fasse aider. Alors j'ai consulté des psychiatres » E4

« Je suis allé voir un psychiatre vers mes 31 ans et je le vois encore. Je voyais mon état d'esprit s'effriter avec le temps. J'allais encore plus mal que d'habitude. » E5

« Après ma première année de médecine, alors que je pesais 35kg, je me suis dit qu'il fallait vraiment que je me prenne en charge et j'ai donc fait des démarches et été voir des psy » E10

- **Avis positifs**

- Aide pour comprendre leur mal-être

« Il fallait les psychiatres pour que ça sorte, pour que ce soit reconnu » E1

« J'ai suivi une psychothérapie qui m'a énormément aidé. Avant ma première consultation, elle m'avait demandé d'écrire tout ce qui me venait par la tête le bon comme le mauvais. Ca a été ma première thérapie. Elle a pris ce papier et m'a demandé: qu'est ce que tu veux que je fasse avec? J'ai dit on le brûle. Donc elle l'a lu, elle l'a brûlé et on a travaillé dessus. Elle était fantastique » E6

« Je suis avec une thérapeute actuellement à l'hôpital général avec qui je m'entends très bien avec laquelle j'ai pu mettre des mots sur des maux, écrire des sensations, des émotions... Vraiment là je commence à revivre un petit peu » E9

- Rôle de conseiller

« Le psychiatre, qui m'a connu dans l'enfance est resté beaucoup à mes côtés, à me conseiller, il a demandé une expertise psychiatrique pour ma mère et moi et a très bien cerné le personnage et un rapport a été établi en ma faveur » E4

- Aide pour avancer

« Je n'ai jamais trouvé quelqu'un qui m'a guéri de l'anorexie car c'est compliqué pour que ça revienne tout seul mais néanmoins beaucoup, bon je n'en ai pas vu 50 j'en ai vu 3 ou 4, chacun m'ont apporté des trucs, cela m'a permis de faire ce travail de détachement et d'avancer. » E10

- Aide pour parler aux enfants

« C'était vraiment trop difficile de parler à ma fille, donc je me suis fait aider par une psychanalyste pour enfant, qu'elle voit actuellement une fois par mois. Ca m'aide car je sais qu'il faut dire la vérité aux enfants mais c'est difficile d'en parler » E4

- Beaucoup de patience

« J'ai dit à mon psychiatre seulement à la troisième séance, écrit sur un bout de papier » E5

« Je répondais aux questions de mon psychiatre: peut être ! Ca a duré beaucoup de séances comme ça. Jusqu'au jour où j'ai commencé un peu à parler » E6

- Avis négatifs

- Diagnostic douteux

« A 19 ans je suis tombée en dépression, je pleurais sans pouvoir dire un seul mot. Ma mère en a profité pour me faire hospitaliser en psychiatrie. Elle a raconté n'importe quoi sur moi et ils m'ont diagnostiqué schizophrène en deux secondes sur les dires de mes parents alors que lors de cette hospitalisation je n'avais pu prononcer un mot. Puis plus tard un autre psychiatre m'a dit que j'étais bipolaire. » E3

- Pas de thérapies familiales

« Le psychiatre ne se pose pas de questions même après plusieurs hospitalisations. J'ai l'impression que le psychiatre en prend un de la famille et dit: regardez c'est lui le fou, même si ce n'est pas vrai, au lieu d'explorer avec des thérapies familiales » E3

- Conséquences de l'étiquette psychiatrique

« Ma fille est placée en raison de mon étiquette psychiatrique, par des gens qui ne me connaissent même pas. Tout le monde s'appuie sur cette étiquette psychiatrique de schizophrénique, internée tous les quatre matins par mes parents » E3

« j'ai essayé de parler avec des médecins généralistes, mais une fois que l'on a des diagnostics psychiatriques, la majorité des médecins, autant dermatologues qu'endocrinologues ne répondent pas... » E3

« J'étais rentrée dans une phase d'anorexie donc j'étais maintenant dans la catégorie des pathologies mentales et du coup mon père a joué sur ce fait là en disant « voilà ma fille est faible, je suis un peu strict avec elle » E10

- Une image négative de la psychiatrie qui fait défaut

« Le psychiatre dû aux films, rejette l'image du médecin pour les « fous ». On doit déjà surmonter cet obstacle ». E5

« Le médecin généraliste qui me suivait m'a dit: « tu devrais aller voir un psychiatre ». Je l'ai regardé et je lui dis: « il est hors de question, je ne suis pas folle ». C'est le fait de dire psychiatre, c'est un nom qu'on a du mal ... même si on sait qu'on en a besoin ! » E6

« Pour moi psy = pour les fous, j'ai cette image là qui est repoussante » E7

- Trop de médicaments

« Les psychiatres que j'allais voir vers la fin, il disait « oui c'est triste ce qu'il vous arrive », mais bon ils me donnaient des médicaments. » E1

« Par contre en antidépresseurs j'ai bien été servie... Prozac, etc »E6

4- Prise en charge par eux même

- **Des anciens maltraités actif dans un but d'informer, de former et de faire réagir**

« Je tente de trouver une maison d'édition pour mon écrit » E4

« Plutôt que de nier mon passé, j'ai choisi de m'en servir pour que les choses évoluent, pour les autres. Je mène un combat contre la maltraitance faite aux enfants afin d'éviter aux autres, si possible, de connaître ce que j'ai subi... avec mon livre et toutes les conférences que je donne. » E10

- **Accéder à la résilience après tant de souffrances**

« Aujourd'hui, je peux ressentir consciemment ma révolte contre ses comportements qui m'ont fait souffrir et dont on m'a demandé d'oublier et de ne plus parler. Je sais quel prix il m'a fallu payer pour ce que l'on appelle « la résilience » ! J'ai décidé de résilier ma prise en charge 100% longue maladie concernant mon rein. C'est peut-être symbolique mais important pour moi. » E4

« Un écrivain espagnol a écrit: «Qui s'embarrasse à regretter le passé perd le présent et risque l'avenir.» Il est souvent difficile de prendre du recul sur son passé, de l'accepter. Pourtant, pour se retourner vers l'avenir, ce travail est nécessaire. Aujourd'hui, je n'ai pas pardonné à mon père pour l'enfance qu'il m'a fait subir. Comment pardonner de tels actes quand ils ont duré si longtemps ? Mais je l'ai accepté pour pouvoir m'en libérer. » E10

D- Place du médecin généraliste

1- Pendant l'enfance

a) Expériences négatives

▪ Trop de médicaments

« Après mes malaises on aurait dit que j'avais fait un marathon, j'étais à plat. Et mon docteur me mettait sous Alepsal, Gardenal. J'étais droguée. Tous les médecins à chaque fois que j'allais les voir, me prescrivaient des médicaments... Toujours les mêmes choses ! Tranxène, tercian ! Sans parler, sans demander quoi que ce soit... Juste est-ce que ça va ? J'aurai aimé qu'il comprenne pourquoi il y avait de la dépression plutôt que les médicaments » E1

« J'ai vu un médecin qui m'a prescrit des cachets pour dormir. Je lui ai fait comprendre que ça ne servait à rien » E2

▪ Des doutes mais aucune action

« Au décès de mon médecin généraliste d'enfance, son épouse m'a dit qu'il pensait qu'il y avait eu quelque chose. Mais il n'est jamais intervenu. Il s'en doutait et ça n'a jamais été signalé » E1

▪ Prise en charge psychiatrique de la mère au lieu de signaler les abus

« Il doutait de quelque chose alors, j'ai compris longtemps après, qu'il avait envoyé ma mère chez un psy » E1

« Quand on était petit, on était toujours fourrés chez le médecin généraliste, ma mère se plaignait qu'elle avait 5 enfants, que c'était dur, que ma sœur était une caractérisée et qu'elle ne savait plus quoi faire. Evidemment elle ne disait pas tout ce qu'elle faisait, elle ne disait pas non plus qu'elle nous laissait à l'abandon. Au bout d'un moment le médecin généraliste lui a prescrit un antidépresseur » E3

▪ Défaut de diagnostic malgré des signes d'alerte

« Mon médecin n'a même pas réussi à comprendre la situation » E3

« J'ai eu jusqu'à mes trente ans toujours le même médecin, qui n'a rien su, qui n'a jamais rien vu » E5

« J'aurai aimé qu'il comprenne de lui même. Il y avait plein de signes: par exemple, je n'avais jamais le droit de parler, je restais en retrait » E8

« J'avais des signes par exemple une fois je suis allée au médecin de famille pour soigner une plaie ouverte sur mon coude, mon père lui avait dit que c'était ma mère qui l'avait fait, mais le médecin ne l'a même pas relevé... Peut-être parce qu'il connaissait ma mère avec sa carapace d'ange. » E12

▪ Erreur de diagnostic

« Pendant la période où j'étais pas bien où j'avais beaucoup d'angoisse, ce nouveau médecin avait prétendu que j'étais hypochondriaque » E4

b) Parades des parents maltraitants pour tromper les médecins

▪ **Nomadisme médical**

« Quand j'étais petite dès qu'un médecin voyait qu'un truc n'allait pas, mes parents changeaient de médecin » E7

« Au départ, j'avais un premier médecin généraliste puis ma mère a changé. Ensuite elle a arrêté de voir ce deuxième médecin car je pense qu'elle s'en méfiait et on a encore changé de médecin traitant... Lorsque l'attention que lui portait les médecins faiblissait, elle renouvelait son public » E4

▪ **Evitement des médecins**

« Après à partir de 7ans on m'emmenait très rarement chez le médecin, puis à l'adolescence plus du tout, ma mère ne voulait même pas me passer la carte vitale lorsque j'étais vraiment mal » E7

▪ **Une fausse image de bonne famille**

« Il existe des parents quand ils maltraitent qui arrivent à retourner la situation pour que cela passe inaperçu, suivant leur profession suivant les enfants » E3

« La vie dans cette maison était un peu comme dans une secte. Les gens de l'extérieur ne pouvaient pas imaginer ce qui se passait. On rejetait une image totalement fausse » E5

c) Difficultés pour l'enfant de se confier

▪ **Consultation avec l'auteur de la maltraitance**

« J'allais toujours avec ma mère » E6

« J'aurai aimé que mon médecin généraliste le voit mais je consultais avec ma mère et je ne pouvais pas dire ce qu'il se passait à la maison. » E1

« Quand j'ai été reçu en consultation que ce soit avec le généraliste ou le chirurgien, tous ces divers médecins que j'ai vu, c'était toujours en présence de ma mère » E4

▪ **Mauvaise image donnée par les parents**

« Moi, dans ma tête d'enfant, j'avais pas envie de me confier à mon médecin, j'entendais tellement de mauvaises choses de lui, qu'il était incompétent... Ma mère qui devait certainement commencer à paniquer et avoir un manque de confiance... » E4

d) Difficultés pour le médecin de signaler

▪ **Car lien avec les parents**

« Mon médecin était un voisin et un ami de la famille » E3

« Le médecin traitant connaissait bien mon père et appréciait ma belle mère. Pour lui je pense qu'il n'était pas possible de voir ce qui se passait avec le côté affectif » E8

« Toute mon enfance, le médecin généraliste s'est voilé la face car il était très ami de mes parents, c'était un petit village... Sa femme était une copine de ma mère donc elle savait très bien que je faisais énormément de piano voir trop. Et lui n'a jamais eu un mot pour mon père, donc mon médecin généraliste n'a jamais rien fait pour moi » E10

- **Peur de se tromper**

« Certains médecins généralistes ne se mouillent pas trop, car ils ont peur de perdre leur patientèle, d'avoir des répercussions professionnelles, personnelles... » E10

2- Pendant le placement: pas d'accès au médecin généraliste

« A chaque fois que tu changes de placement tu changes de lieu et tu n'as pas le même médecin donc c'est difficile de faire un suivi » E10

« S'ils m'avaient pris en charge plus tôt, je pense que j'aurai pu ne pas être comme ça aujourd'hui c'est dommage. Et puis tous les enfants qui étaient avec moi à la maison des enfants au foyer eux non plus n'ont jamais eu de prise en charge psychologique, ça fait des gros dégâts car les filles qui étaient avec moi au foyer c'était déjà de grosses racailles, elles étaient vachement à fond dans la délinquance » E10

3- Prise en charge par le médecin généraliste à l'âge adulte

a) Expériences positives

- **Personne ressource**

« Si je n'arrive pas à joindre mon psychiatre et qu'il m'arrive quelque chose je vais voir mon médecin généraliste » E1

« A l'heure d'aujourd'hui, les médecins que je vois en ce moment m'aident beaucoup » E2

« Mon médecin généraliste a été ma bouée de sauvetage, il m'a énormément épaulé. Quand il ne pouvait pas, il m'envoyait vers le psychiatre. Il m'a beaucoup aidé » E6

« Je pense que le médecin généraliste c'est le médecin de famille, il connaît tout... Il connaît bien la famille, l'environnement dans lequel évolue l'enfant » E4

- **Une écoute bienveillante**

« Il est de bon conseil autant pour moi que pour ma fille quand ça ne va pas bien. Quand j'ai des difficultés avec ma fille que soit dans l'éducation ou dans son comportement, j'appelle mon médecin généraliste et je vais le voir. Il me rassure toujours, il me conseille, il lui explique certaine chose. Voilà je suis aidé par lui, je sais que je peux aller le voir » E4

« On se sent plus entouré et surtout en confiance quand c'est le médecin traitant » E12

▪ **Un travail d'équipe avec les psychiatres**

« Il me dit toujours tu as fait un travail formidable avec la psychanalyste mais là tu devrais peut être retourner la revoir » E4

« Le médecin traitant a un rôle très important auprès des personnes maltraitées. Il peut nous diriger vers quelqu'un d'adapté à ce que nous avons vécu et à ce que nous sommes prêt à faire et à dire » E8

« J'ai refait une très grosse dépression, j'étais vraiment pas bien, envie de tout lâcher et mon médecin m'a dit « écoute je ne peux plus rien faire pour toi, je te donne un nom d'une psychothérapeute ». Il reconnaît tout à fait quand il ne peut pas. Même quand je lui demande une ordonnance, il ne me le prescrit jamais sans accord du psychiatre » E6

▪ **Pilier central de la prise en charge**

« Après il ne faut pas que chacun soit compartimenté dans sa spécialité, c'est pour ça que je vois toujours mon médecin généraliste car il fait une synthèse quelque part » E9

« Il peut être à l'écoute du patient et l'orienter vers des spécialistes. Et être un pilier, rester une écoute si le patient le désire » E11

b) Seul avis négatif: des médecins submergés par le travail

« Mais bon les médecins, je vois mon médecin aujourd'hui même dans le passé c'était pareil, il est submergé de travail » E9

« Une consultation ne dure que quelques minutes, rien de plus. Si on vient pour une grippe, il se limite à regarder cela » E5

« Les médecins sont tellement surbookés par les malades » E12

E- Attentes des patients

1- Dépistage et repérage

a) Précoce

« Que ce soit pour l'enfant comme adulte, il faut une surveillance médicale plus rapprochée, systématique pour tout le monde, sans discussion. Le système médical en France est performant dans le traitement des maladies mais pas dans le dépistage de celles-ci » E9

« Plus tu es placé tôt et moins les séquelles ont le temps de s'installer, physiques ou psychologiques et plus tu peux t'en sortir ; moi il aurait fallu qu'on me repère bien plus tôt que ça parce qu'en plus il n'y aurait pas forcément eu besoin d'un placement, peut être juste une prise en charge familiale pour mettre le ola tout de suite et un accompagnement. En tout cas clairement il y a besoin d'être repérer plus tôt » E10

b) Systématique pour toutes les familles y compris les « bonnes » familles

« Je pense qu'il faudrait faire des recherches systématiques de problèmes de maltraitance dans toutes les populations. Il n'y a pas de population qui ne soit pas concernée par la maltraitance » E9

« J'espère que mon livre aura fait comprendre que le mal n'est pas toujours criant ou manifeste pour des regards étrangers. Souvent les bourreaux paraissent respectables et les victimes se taisent » E10

2- Système éducatif

a) Rôle dans le dépistage et le signalement

« Il y a pleins de cas qui arrivent dans le primaire mais les problèmes se voient surtout dans l'adolescence, à partir du collège et du lycée: les réactions, le comportement, les échecs scolaires, l'absentéisme... Même s'ils ne subissent pas de choses graves de maltraitance, il y a un mal être où il y a un problème familial. Il y a une communication à développer » E3

« Les professeurs aussi peuvent signaler, les éducateurs aussi » E1

« L'école est le lieu où les enfants passent le plus de temps. C'est dans ce lieu qu'un enfant battu a le plus de chances d'être repéré si tant est que l'on s'en donne les moyens » E10

b) Renforcer la médecine scolaire

« Dans les milieux scolaires il faudrait que soient obligatoires les visites avec des médecins où les enfants puissent s'exprimer. Car quand on regarde dans les écoles primaires, les visites scolaires c'est quoi? C'est l'infirmière qui regarde les troubles de vision et d'audition... Mais dès que les enfants ont des problèmes scolaires c'est que c'est un cancre ou un débile » E3

« Un enfant qui va être solitaire ou agressif, c'est parce qu'il y a une raison. Ou même des notes en baisse, c'est parce qu'il y a quelque chose à la maison » E6

« Dans l'enfance, il faudrait développer la médecine scolaire, la faire de manière beaucoup plus rapprochée: étudiants et enfants de 2 à 26ans. Que les visites soient systématiques tous les ans voir

plusieurs fois par an ! Des visites par infirmières, des médecins... Je pense que cela aurait pu permettre de dépister une anomalie et même si l'anomalie n'avait pas été dépistée, au moins enclenché un accompagnement pour m'aider à sortir de ce mal être que j'exprimais de différentes façons... » E9

- c) Commencer à parler à l'enfant du rôle des parents, de ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire

« Pour moi, tous les pères étaient comme le mien, j'avais toujours ce regard. Il faut expliquer à l'enfant, par exemple, le papa peut donner le bain à son enfant, le prendre dans ses bras mais après certains gestes qu'il n'a pas le droit de faire. » E6

- d) Expliquer à l'enfant à qui il peut se confier

« Si ça arrive, expliquer à l'enfant vers qui se retourner mais toujours dans la douceur » E6

- e) Si le doute s'installe, parler à l'enfant le mettre en confiance

« Il faut l'amener à en parler mais pas en le prenant tout seul, parce que si on prend un enfant tout seul, il va croire qu'il a fait une bêtise » E6

« Dans une pièce en jouant avec lui tout en lui parlant pour créer un climat de confiance pour le faire parler » E7

« Ils parlent plus si on les met en confiance. Si on leur dit qu'il ne va rien leur arriver d'avoir parlé » E8

3- Système de protection de l'enfance

- a) Des lois plus sévères

« Les lois ne sont pas assez sévères, ils n'iront même pas en prison donc à quoi bon porter plainte? Ça ne sert à rien... Mais si les lois étaient plus sévères je l'aurais fait » E7

- b) Des enquêtes plus poussées

« J'ai été au commissariat, où j'ai fait un dépôt de plainte qui n'a pas été suivi. Ça n'a abouti à rien, c'était rayé, on ne m'en a plus parlé » E6

« Faire des enquêtes à la moindre suspicion ou moindre preuve, faire une enquête plus approfondie, pas une visite à la maison de 10min avec la mère à côté... » E12

- c) Prise en charge de la fratrie

« Ma sœur a aussi souffert de maltraitance psychologique car on vivait tous dans ce climat de terreur. Sauf, que par contre, elle n'a pas été reconnue victime. » E10

- d) Oser placer

« J'aurais aimé être placé en Foyer. Ça m'aurait évité bien des choses. Quand il faut les éloigner de leurs maison mieux vaut le faire, l'impact psychologique sera moindre » E12

e) Une fois placé, arrêter de déplacer l'enfant

« Je ne pouvais plus supporter ce ballottage. J'avais besoin de stabilité pour pouvoir me reconstruire, c'était évident. Pourquoi tous ces professionnels de l'enfance manquaient-ils tant de bon sens ? Les lieux de placement doivent arrêter de varier à tout bout de champ quand les enfants sont dans une famille d'accueil ils y restent, permettant aux enfants de s'attacher. Comme ils seront maintenus longtemps dans le même lieu on pourra mettre en place un suivi par un médecin généraliste » E10

4- Système de soins

a) Travail en équipe

« Pour un médecin généraliste tout seul isolé c'est compliqué pour lui de faire un signalement. Il a besoin d'être aidé à faire des signalements en équipe qu'ils ne soient pas tout seul à prendre cette responsabilité, c'est trop compliqué » E10

b) Meilleure formation des médecins

« Ce syndrome de Münchhausen par procuration on devrait en parler aux étudiants en médecine » E4

c) Attitudes du médecin

- **Ne pas fermer les yeux**

« Ne pas fermer les yeux s'il y a un doute ! » E7

« Les médecins généralistes devraient déjà un peu plus ouvrir leurs yeux, il y a quand même des signes » E10

- **Comprendre**

« Si la personne laisse entendre qu'il faut un soutien psychologique, il ne faut pas laisser cette personne seule. Il faut essayer de comprendre le pourquoi du comment parce que quand on a subi ça, on le cache tellement fort, tellement intérieurement que ça ne veut pas ressortir » E6

- **Consultation seul avec l'enfant**

« Si je m'étais retrouvée seule dans le cabinet de consultation avec le médecin, peut être que j'aurais pu dire des choses qui allaient à l'encontre de ma mère » E4

« Les services des urgences aussi devrait jouer un rôle important, je suis persuadée que la plupart des enfants arrivant aux urgences avec des signes ne sont pas consultés sans les parents. Il faut consulter les enfants sans leurs parents. » E8

- **Parler aux enfants**

« Parler à l'enfant de ce qui se passe vraiment. Je me dis souvent, en étudiant mon histoire, les médecins ont trop fait confiance à ma mère, ont trop écouté ce qu'elle leur disait et ne s'intéressaient pas à moi. On parlait de moi, en ma présence mais entre adultes, personne vraiment me posait des questions à moi » E4

« Parler aussi aux enfants de victimes, leur proposer une aide: je sais qu'il faut dire la vérité aux enfants mais c'est difficile d'en parler » E4

▪ **Avoir de la patience pour ses patients**

« Mais pour cela il faudrait aussi qu'ils soient plus à l'écoute et qu'ils prennent plus de temps pour les patients » E8

d) Surveillance médicale et psychologique des enfants placés

« il faut un projet pour l'enfant placé: qu'il soit évalué à l'entrée du placement, qu'on décide du suivi médical, d'un suivi psychologique, de la fréquence etc... Il faut qu'un médecin référent soit désigné et que régulièrement l'enfant soit réévalué » E10

« Si on arrête de les changer tous les 4 mois de lieu de placement, l'intervention du médecin généraliste devient possible. Il pourra devenir médecin référent de l'enfant. Pour l'instant ce n'est pas possible, l'enfant est balloté à droite à gauche donc le médecin généraliste ne peut pas suivre. » E10

QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION

I- Résultats principaux

Notre travail a montré que le dépistage et le signalement des situations de maltraitance par le médecin généraliste sont ressentis comme primordiaux mais nettement insuffisants pour ces anciennes victimes de violence. Mais les parades pour tromper les médecins sont nombreuses: nomadisme médical, évitement des médecins, fausse image de la bonne famille. Difficultés pour l'enfant de parler quand il consulte avec le parent maltraitant. Difficultés pour le médecin de prendre du recul lorsqu'il connaît bien la famille avec la peur constante de se tromper. Les prescriptions de médicaments sans comprendre l'origine du mal-être de l'enfant ne sont plus acceptables, les doutes sur les situations de maltraitance sans action insupportables.

Malgré ce défaut de repérage, une fois la situation de maltraitance certifiée, lorsque le médecin généraliste est convié à la prise en charge de ces patients, il affirme son rôle de pilier pour l'accompagnement de ces enfants maltraités ; il leur assure une écoute et un soutien bienveillant tout au long de leur parcours de vie en travaillant en équipe avec les psychiatres. Car les conséquences sur la santé sont désastreuses entraînant de graves répercussions mentales mais aussi physiques qui durent toute une vie comme le confirme la totalité des entretiens de notre étude. Ces enfants auront de perpétuelles interrogations sur la parentalité, l'éducation et la bientraitance. Ils garderont le sentiment de culpabilité dont il est important de se débarrasser.

Malheureusement la justice ne considère pas le médecin généraliste comme important pour la prise en charge de l'enfant et l'écarte du suivi. Les enfants placés n'ont aucun médecin référent en plus de n'avoir aucun référent parental. Une mesure actuellement difficile à mettre en place dans la mesure où les enfants changent souvent de lieux de placement. Les enfants signalés n'auront que peu de suivi. Pourtant cette étude affirme bien que le rôle du médecin généraliste ne s'arrête pas au repérage et signalement des cas de maltraitance.

Le monde de l'éducation montre ses faiblesses pour repérer mais surtout investiguer dans les situations de doute. La médecine scolaire n'est pas assez développée avec aucune régularité dans les visites médicales. Il s'agit pourtant des seules occasions qu'un enfant soit sans ses parents et qu'il puisse se confier. Certains entretiens ont montré le rôle majeur qu'avait eu l'infirmière scolaire dans le repérage et le dépistage de la maltraitance et toute la gratitude et la reconnaissance qu'ont aujourd'hui ces adultes envers la personne qui les a aidé.

Les systèmes de protection de l'enfance sont frileux pour la protection de ces jeunes proies par des suivis et prises en charge très brefs, des décisions judiciaires légères, des professionnels de la défense de l'enfance pas assez méticuleux dans leur expertise et parfois un maintien de l'exposition à la situation de danger. Et si la prise en charge de l'enfant maltraité par ces services est minime, celle du reste de la famille et notamment de la fratrie et de l'auteur des maltraitances est inexistante.

Cette enquête a confirmé que la maltraitance se décline sous diverses formes et sous divers visages et que les sévices peuvent être répétés sur la fratrie et même sur les petits-enfants. Aux violences qui saccagent la vie de ces enfants s'ajoute le silence qui les étouffe et les isole ; un silence ordonné par peur des représailles, par loyauté ou tout simplement par ignorance. Ces adultes en devenir doivent lutter contre des symptômes physiques et mentaux qu'ils ne comprennent pas et qui les feront souffrir tant qu'ils n'auront pas saisi l'origine de leurs maux. Les auteurs de maltraitance sont souvent en souffrance, victimes eux-mêmes de maltraitance infantile ou encore de violences conjugales. L'entourage de ces enfants maltraités est fréquemment aveuglé ou impuissant pour agir mais parfois se sentira secondairement coupable de ne pas avoir su protéger. Enfin, cette étude aura démontré que ces jeunes victimes font face, seules, à la loi du silence, au déni, à l'impunité des agresseurs, à l'absence de reconnaissance et de protection mais aussi à l'abandon.

II- Forces de l'étude

La maltraitance infantile est un sujet qui passionne beaucoup de thésards mais la plupart s'intéressent au dépistage et repérage des situations de maltraitance soulignant à chaque fois le manque de signalements faits par les médecins généralistes, leur manque de connaissance sur le sujet. Pourtant le rôle du médecin ne s'arrête pas au signalement.

Donner la possibilité au médecin généraliste de panser la maltraitance n'est-il pas une piste pour qu'il puisse mieux penser la maltraitance ?

Peu de thèses traitent du devenir de ces enfants maltraités alors que beaucoup s'intéressent aux maladies chroniques et leurs conséquences à long terme comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou encore les cancers. La maltraitance ne peut-elle pas être considérée comme une maladie chronique ? Elle en possède pourtant tous les critères définis par l'OMS⁴⁰:

- Son installation est insidieuse et peut être découverte au bout de plusieurs décennies,
- la prévention de la maladie est possible,
- la maladie a un retentissement sur la vie quotidienne: limitation fonctionnelle, limitation des activités et de la participation à la vie socioprofessionnelle; dépendance vis-à-vis d'un médicament; besoin de soins médicaux ou paramédicaux réguliers, de soutien psychologique, d'éducation thérapeutique.

La prise en charge d'une maladie chronique nécessite pourtant une approche à long terme et globale. Les médecins généralistes étant placés au premier rang de la prise en charge globale des patients pour toutes les maladies chroniques prévalentes.

La maltraitance n'est malgré cela pas aussi bien étudiée qu'une maladie chronique, nous en connaissons mal la prévalence, ses facteurs de risques, ses complications, sa prévention et encore moins sa prise en charge.

De plus, aucune thèse ne s'intéresse à l'avis de ces enfants maltraités. Pourtant qui mieux que ces anciennes victimes pour parler de maltraitance en exposant leurs suggestions à la lumière de leurs expériences ?

Pour toutes ces raisons, il nous a donc semblé évident de donner la parole aux victimes et d'évaluer la place qu'ils accorderaient au médecin généraliste dans le parcours de vie d'un enfant maltraité.

L'échantillon de notre étude était diversifié en termes d'expression des violences, de profil des auteurs, d'âges et de sexes afin de permettre une certaine représentativité mais de montrer à quel point la maltraitance est variée dans son expression, le profil de ses auteurs, sa prise en charge et son suivi.

Il était important de varier les modes de recrutement de façon à ne pas cibler uniquement des personnes issues des patientèles de médecins qui à l'évidence sont suivies pour leur antécédent car recrutées par ces derniers car on constate que certaines personnes victimes de maltraitance sont passées au travers du suivi médical habituel.

Les différents modes de recueil des données entre l'entretien oral et écrit ont permis d'associer la spontanéité des réponses des entretiens oraux aux réponses plus réfléchies des entretiens écrits en permettant à certaines personnes peut-être plus réservées de s'exprimer librement.

L'étude des livres écrits par deux des participants, l'un publié en juin 2015 l'autre qui le sera en février 2016 a été d'une grande richesse pour ce travail de thèse permettant de ressentir le désespoir du long parcours douloureux qu'il leur a été assigné. L'étude de la totalité du dossier médical qu'une participante a courageusement, patiemment et soigneusement reconstitué après plusieurs années avec la lecture des courriers médicaux de tous les médecins et chirurgiens qui l'ont

suivi, des compte-rendu, des résultats biologiques et radiographiques ainsi que les rapports du juge des enfants a permis de découvrir une forme de maltraitance si peu connue : le syndrome de Münchhausen par procuration. Cet épais dossier médical montre comment les médecins ont été dupés, manipulés et comme il est facile de contourner ce système de santé.

III- Faiblesses de l'étude

Recruter d'anciennes victimes de maltraitance infantile a été la partie délicate de ce travail. Difficile de se confier à une personne inconnue. Toutefois, la plupart ont apprécié que les professionnels s'intéressent à leur devenir et à leur avis. Certains participants ont trouvé cette démarche valorisante parfois même réparatrice.

Rencontrer chaque participants aurait été d'un grand intérêt pour ce travail afin d'améliorer le climat de confiance, de permettre à ces personnes de se livrer davantage et de percevoir certaines émotions. Mais l'ensemble des participants étant répartis sur toute la France ces rencontres n'ont pu être réalisées.

Le recueil et l'analyse des entretiens a été réalisé par la même personne, il n'y a donc pas eu de double codage. De plus, la validité interne d'une recherche qualitative consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. Une des façons d'y parvenir est de recourir à la technique de triangulation des sources et des méthodes. La triangulation permet de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (exemple : entretiens et observations), ou plus simplement d'au moins deux sources de données (exemple : entretiens avec étudiants et enseignants)³² ce qui n'a pas été fait dans cette étude.

IV- Perspectives

Les différents résultats de cette enquête ne font que corroborer les arguments du discours de Céline Raphael, médecin généraliste, ancienne victime de maltraitance infantile, auteur d'un livre autobiographique et personne active dans la lutte contre la maltraitance. Ce discours a été tenu le 1^{er} Juin 2015 lors de la journée de restitution de la concertation sur la protection de l'enfance qui a eu lieu au ministère de la famille et qui était présidée par Laurence Rossignol, secrétaire d'état chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie.

Les perspectives que nous pouvons dégager à l'issue de notre étude s'envisagent ainsi dans tous les champs de prévention de la maltraitance.

A- Prévention primaire: Préparation de la parentalité, promotion de la bientraitance, encadrement du suivi médical d'un enfant

▪ Encourager l'entretien prénatal

Il est important d'insister sur l'entretien prénatal précoce tant les familles de n'importe quel milieu sont perméables à tout forme d'information et de soutien dans la période de naissance.⁴¹

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une préparation structurée à la naissance et à la parentalité.⁴² Cette démarche permet la communication d'informations sur les différents facteurs de risque et comportements à risque et sur le développement de compétences parentales et personnelles, nécessaires pour agir en vue

d'accueillir et prendre soin de son enfant. Les recommandations ont pour objectifs de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation qui vise à :

- préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père
- repérer précocement les difficultés du couple
- accompagner chaque couple, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant
- soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir
- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal.

Cet entretien prénatal précoce est proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes et futurs parents au cours du 4^{ème} mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant mais n'est pas obligatoire.⁴²

Cet entretien semble peu pratiqué. Les futurs parents étant très accessibles pendant la période de naissance, cet entretien ne devrait-il pas être obligatoire pour les deux parents ? Et lors de cet entretien, insister sur ce qu'est la maltraitance et les règles de bientraitance d'un enfant.

▪ **Après la naissance d'un enfant**

○ Hospitalisation en post-partum

Il faut se poser la question de la réduction toujours plus grande des durées d'hospitalisation en post-partum laissant sortir de très jeunes parents parfois trop rapidement de la maternité avec un nouveau-né dont ils n'ont pas le mode d'emploi.⁴²

○ Surveillance à la sortie de la maternité

Il serait important de réhabiliter la consultation du post-partum et de mettre en place de manière systématique les visites de sages-femmes au domicile, quelque soit le statut social des parents, en coordination avec la PMI pour accompagner cette parentalité débutante.⁴²

▪ **Visites médicales obligatoires**

Chacune de ces visites devrait être l'occasion de dépister les situations à risques, de promouvoir une nouvelle fois la bientraitance et d'accompagner les parents dans les situations difficiles.

▪ **Carnet de santé**

Le rôle du carnet de santé comme outil de liaison entre professionnels soumis au secret, ne doit pas être négligé, non plus que celui du guide explicatif de ce carnet, à destination des médecins. Actuellement ce document ne comporte aucune autre information sur le danger et la maltraitance que quelques lignes sur le syndrome du bébé secoué. Ce point devrait absolument être débattu dans le cadre de la révision de ce carnet, pour 2016, au ministère de la santé.⁴²

- **Encadrer le suivi médical des enfant**

- Désigner un médecin référent de l'enfant

Désigner un médecin référent pour les enfants dès la naissance (pédiatre ou médecin généraliste) . Pour permettre la bonne coordination des soins il est prévu, dans la loi réformant l'assurance maladie que chaque assuré de plus de 16 ans indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Mais les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par cette démarche.⁴³

- Mieux encadrer le changement de médecin généraliste

Aujourd'hui changer de médecin généraliste est d'une facilité déconcertante. Il suffit de remplir un formulaire de déclaration avec le nouveau médecin choisi. Or comme l'a révélé plusieurs entretiens de cette étude, le nomadisme médical est courant pour ces parents maltraitants. Alors rien n'est plus aisé que de changer de médecins pour contrer le dépistage d'éventuelles violences sans que personne n'en soit inquiété. La sécurité sociale ne devrait pas autoriser ces nombreux changements sans être alarmé.

Ainsi, mieux encadrer le changement de médecin traitant est une piste à développer à l'image des démarches nécessaires pour changer un enfant d'établissement scolaire. En effet, lorsque les parents ont trouvé une école acceptant d'accueillir leur enfant, ils doivent signaler la décision de changement au directeur de l'école où était inscrit cet enfant afin que celui-ci leur remette un certificat de radiation indispensable à la nouvelle inscription⁴⁴.

Un tel certificat entre les deux médecins, l'ancien et le nouveau, permettrait une communication d'éventuelles informations inquiétantes.

B- Prévention secondaire: Penser la maltraitance

1- Connaître pour mieux reconnaître

- **Connaissance statistique réelle**

Si l'on veut pouvoir mettre en place de réelles politiques de prévention, il faut impérativement une meilleure connaissance statistique de la maltraitance à l'image de la sécurité routière or les chiffres dont on dispose actuellement, qu'ils proviennent de la justice ou du secteur social ne concernent que des enfants faisant l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire ou en attente de celle-ci. Une part considérable de la maltraitance (et des conséquences à long terme) reste inconnue du système mis en place , notamment du fait de l'exclusion du secteur de la santé. Il y a donc un réel besoin en un outil statistique aussi exhaustif que possible. A ce titre, l'observatoire national de la protection de l'enfance et la création d'un conseil national de la protection de l'enfance devrait avoir un rôle majeur à jouer dans la collecte de données fiables et exhaustives.⁴²

- **Formation des professionnels**

Pour améliorer le repérage de la maltraitance le plus précocement possible, rien ne sera possible sans de meilleures formations pluridisciplinaires et pluri-professionnelles sur l'accompagnement des familles dans leur projet pédagogique, développement du jeune enfant, les facteurs de risque et les troubles du comportement devant alerter. Cet apprentissage « ensemble » permettrait aux futurs professionnels de l'enfance d'apprendre à se connaître pour mieux partager l'information et aider au décroisement qui fait tant défaut. La prise de conscience de la nécessité

d'améliorer les formations commence tout doucement à se faire, notamment dans certaines facultés de médecine. La HAS s'est d'ailleurs récemment saisie de ce thème. Le groupe de travail présidé par le Dr Anne Tursz a élaboré de nouvelles recommandations présentées à la Direction générale de la santé en mars, très complètes permettant de mieux repérer et de mieux prendre en charge la maltraitance faite aux enfants.⁴¹

- **La future loi sur le signalement de la maltraitance : Protéger et former, plutôt qu'obliger à signaler**

Le Sénat s'apprête à adopter la nouvelle législation sur le signalement des enfants en danger. Celle-ci étend les procédures à tous les professionnels de santé et instaure une obligation de formation dès la faculté. Mais le signalement ne sera pas obligatoire.

2- Réorganiser la consultation pédiatrique

- **Prendre le temps d'écouter un enfant et de considérer ses paroles**

Parler suppose une écoute. Et l'écoute suppose une rencontre. Le risque pour un enfant s'il parle, c'est qu'on ne l'entende pas. Et pour un enfant, parler en vain est pire que de se taire. Aux terribles conséquences psychiques d'avoir été exploité et piétiné, à la cruelle désillusion sur la capacité protectrice de ses parents, se surajoute la perte définitive de toute espérance dans la solidarité humaine.⁴⁵ Il est important pour un médecin généraliste de s'adresser directement à l'enfant.

- **Envisager un temps de consultation sans l'autorité parentale**

L'article 12 du code de la santé publique rappelle que l'enfant est capable de discernement, qu'il a le droit d'exprimer librement son opinion sur toutes questions l'intéressant et que son avis doit être pris en considération en fonction de son âge et de sa maturité.⁴⁶

Envisager un temps de consultation avec l'enfant sans l'autorité parentale serait intéressant car chaque consultation médicale se base sur une garantie de confidentialité entre médecin et patient⁴⁷.

Il est évident que le cadre de la consultation doit être posé par le médecin, car demander au jeune s'il désire ou non lors de la consultation la présence de ses parents risque de le mettre dans un conflit de loyauté. Par ailleurs, il n'est pas toujours facile pour le jeune de s'imaginer se retrouver seul en face d'un médecin et de devoir parler à un adulte inconnu de sujets pour lesquels les mots peuvent parfois lui manquer.

Peu d'études ont exploré le cadre idéal de la consultation avec un enfant, mais il en existe pour la période de l'adolescence. Une étude sur 233 adolescents de 15 à 19 ans ayant répondu à un auto questionnaire déclaratif entre février et mai 2014 a montré les résultats suivants⁴⁸ :

- Les adolescents consultaient majoritairement accompagnés, pour 77% d'entre eux et généralement le médecin de famille.
- Ils aimaient être accompagnés de leur parent, qu'ils considéraient comme une présence rassurante et un soutien : 68% d'entre eux consultaient accompagnés par choix.
- Cependant, lorsque le médecin abordait les thèmes intimes comme la sexualité, la consommation de produits psychotropes ou les problèmes de moral, ils préféraient consulter seuls pour s'exprimer librement.
- Seuls 50% d'entre eux connaissaient la loi du 4 mars 2002 qui leur permet de consulter sans que le parent soit informé alors que la notion de confidentialité de la consultation est une préoccupation principale de l'adolescent en consultation avec le généraliste.

Cette étude démontre l'importance d'aborder la confidentialité de la consultation et d'accorder un temps de consultation seul avec l'adolescent pour évoquer les sujets sensibles, en particulier la sexualité, les consommations à risque ou la dépression.

3- Aider les médecins

- **Signalement en groupe**

Le médecin généraliste souvent isolé, devrait pouvoir travailler en groupe avec d'autres professionnels en charge de l'enfance. De la même mesure, qu'il est important que ses professionnels convient le médecin généraliste à chaque situation exposant le doute.

- **Plateforme ressource de référence sur internet**

La création d'une plateforme ressource sur internet, peut être hébergée par le site du ministère de la famille, sur le modèle du site « impôts.gouv.fr » est indispensable. Elle pourrait être accessible à tous, médecins, professionnels de l'enfance ou grand public et permettrait de trouver sur une seule page toutes les informations nécessaires: comment reconnaître la maltraitance, à qui s'adresser en cas d'inquiétude, comment faire un signalement ou déclarer une information préoccupante (formulaire type, erreurs à éviter, consignes de rédaction), rappel de la loi, état des lieux des recherches en cours sur le sujet. Il faudrait également pouvoir y trouver, mis à jour régulièrement, l'ensemble des numéros de téléphone/mail/fax de toutes les CRIP et tous les parquets des mineurs du territoire.⁴¹

4- Renforcer la médecine scolaire

- **Visites médicales régulières**

L'ordonnance du 18 octobre 1945 a créé le service d'Etat d'hygiène scolaire et universitaire. Les dispositions de cette ordonnance ont été insérées dans le code de la santé publique, notamment à l'article L. 191 qui dispose: "*au cours de leur sixième année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale. Des examens périodiques sont ensuite effectués pendant tout le cours de la scolarité et la surveillance sanitaire des élèves est exercée avec le concours d'un service social.*" La circulaire du 24 juin 1991 précise enfin qu'un bilan de santé s'impose dans le cadre de la procédure d'orientation à l'issue de la scolarité au collège.

Par ailleurs, l'article L. 149 du même code, intégré dans le titre relatif à la protection maternelle et infantile, vise tous les enfants de moins de six ans qui ne sont pas encore soumis à l'obligation de scolarité. Selon le 3^e alinéa de cet article, le service départemental de PMI doit organiser "*des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles*" et transmet au service de santé scolaire les dossiers des enfants suivis.

Dans la pratique, les examens périodiques prévus par les textes et confiés au service médical et infirmier de santé scolaire, sont loin de répondre aux objectifs recherchés. Dans le meilleur des cas, un élève soumis à l'obligation scolaire jusqu'à l'âge de 16 ans, rencontrera trois fois un médecin scolaire au cours de sa scolarité.⁴⁹

Il est donc impératif de renforcer le suivi de ces enfants en réorganisant les objectifs des visites médicales et accorder de l'attention aux problèmes psychologiques des enfants.

▪ Osez parler à l'enfant de maltraitance

Dès son plus jeune âge, apprendre à un enfant le rôle des parents et ce qu'ils peuvent faire ou ne pas faire. Enseigner la bientraitance lors de cours d'éducation civique permettrait de faire sortir les enfants du silence, les aider à se confier et leurs expliquer les aides dont ils disposeraient. Depuis 2008, le ministère de l'éducation nationale dans les nouveaux programmes de l'école primaire suggère une instruction civique et morale dès le CE1 avec une sensibilisation à la maltraitance. En effet, les enfants reçoivent une éducation à la santé et à la sécurité et bénéficient d'une information adaptée sur les différentes formes de maltraitance.⁵⁰

Ainsi, dans ces objectifs d'apprentissage, le centre national d'éducation à distance (CNED) accorde dans le second cycle une séquence pédagogique intitulée « Se protéger » et organisée en trois séances :

- Première séance : les droits des enfants
- Deuxième séance : La maltraitance (Annexe 4)
- Troisième séance : Les dangers d'internet

Ne serait-il pas intéressant d'évoquer le sujet, dès la maternelle, avec les prudences qu'impose l'âge de l'enfant, aux travers de livres, de jeux, de dessins animés, de scènes de théâtre ?

5- Campagnes de sensibilisation

Pour améliorer le repérage de la maltraitance, des campagnes d'information destinées au grand public et aux médias sur des thèmes prioritaires tels que les besoins fondamentaux de l'enfant, le fait que la maltraitance, tout comme les violences conjugales touche tous les milieux sociaux, les facteurs de risque de maltraitance et la conduite à tenir en cas de suspicion de violences sur des enfants permettront de lever le tabou que représentent encore les violences faites aux enfants. Ces campagnes ont porté leur fruit en ce qui concerne les violences conjugales. Il doit en être de même pour la cause des enfants.⁴¹

C- Prévention tertiaire: Panser la maltraitance

1- Prise en charge des victimes

Il est important de définir un médecin référent responsable des soins et ses différents rôles⁴¹:

- Travailler en coordination avec les travailleurs sociaux, les services en charge de l'enfant, la famille d'accueil, les parents biologiques
 - Communication et informations régulières données à la famille d'accueil, le foyer, les parents biologiques qui doivent être inclus dans la prise en charge médico-psychologique de l'enfant
 - Education thérapeutique (nutrition, activités physiques...), explication des particularités liées aux conditions antérieures de vie de l'enfant (ex: spécificités comportementales des enfants victimes de maltraitements physiques ou sexuelles, de carences affectives...) à destination des services sociaux en charge de l'enfant, de la famille d'accueil/du foyer où est accueilli l'enfant, des parents biologiques si possible
 - Garant du recueil de données concernant les antécédents médicaux, chirurgicaux, dentaires, psychologiques, familiaux, sociaux et scolaires des enfants pris en charge
- Implication dans les décisions de maintien en famille d'accueil ou en foyer, de changement de lieu de vie (personne de confiance « ressource » capable de recueillir la parole de l'enfant), expert apte à repérer les signes médicaux ou comportementaux qui pourraient mettre en évidence une incompatibilité entre la famille d'accueil/le foyer et l'enfant (cassure de la courbe de poids, observation des interactions entre les parents de la famille d'accueil et l'enfant lors des visites, signes de négligence...)

Nécessité d'être bien formé à la spécificité de la maltraitance infantile (repérage, prise en charge, conséquences à court, moyen et long terme), familier du fonctionnement des services sociaux, de l'ASE, des procédures en cours pour pouvoir travailler de manière décloisonnée avec les autres professionnels en charge de l'enfant.

Notre travail a prouvé le rôle majeur du médecin généraliste dans la prise en charge des victimes si l'on veut bien l'y convier. Il serait intéressant de comprendre pourquoi les organismes et personnes compétentes dans la protection de l'enfance n'accordent donc pas une place aux médecins généralistes dans la prise en charge et le suivi de ces enfants voué à un long parcours de vie parfois très douloureux. En parallèle, il faudrait demander l'avis des médecins quant à l'éventualité de l'élargissement de leur responsabilité sur le suivi de ces enfants.

Enfin, il est capital que chaque enfant pour lequel une situation de maltraitance a été signalée est une fiche de suivi précise, objective et validée.

2- Prise en charge de la fratrie

Il est nécessaire d'évaluer la situation des autres mineurs présents au domicile lors de la réception d'une information préoccupante concernant un seul des mineurs pour un meilleur repérage des situations de danger ou de maltraitance avérée.

3- Prise en charge des auteurs

Il est primordial d'ordonner le suivi d'un parent pour lequel une situation de maltraitance a été révélée: médical, psychologique et social.

Enfin, pour la prise en charge de ces enfants victimes de maltraitance, il serait intéressant d'envisager le parent maltraitant comme partenaires de soins. La circulaire DGS/407/2B du 9 juillet 1985 évoque l'attitude des soignants à l'égard de la famille et du soutien des familles maltraitantes, malgré les émotions qu'elles suscitent chez les soignants. Dans le cas où les autorités judiciaires ne seront pas saisies, un projet de soutien de la famille doit être élaboré.⁵¹

CONCLUSION

Que doit être l'enfance d'un enfant pour entrer autonome, riche et fort dans la trajectoire de la vie qu'il aura choisie ? Tous les pédiatres et pédopsychiatres s'accordent à penser et à dire: « un temps d'éducation protégé des vices et des malheurs de la société ». Quelles malchances, quelles providences font que certains adultes ne sacralisent pas ou plus leurs enfants. Ces enfants vont inscrire dans leur chair et leur esprit à vie cette mémoire des premières relations avec des adultes. La maltraitance infantile est un fléau qui sévit depuis la nuit des temps, au sein de toutes les familles quelles que soient leurs origines, leurs religions ou leurs niveaux sociaux et touche malheureusement un nombre incalculable et insupportable d'enfants dans le monde entier. Une tragédie devant laquelle nous, médecins généralistes et autres professionnels de l'enfance, ne pouvons plus fermer les yeux et ne pas agir efficacement. Admis dans l'intimité des personnes, nous médecins, ne tairons pas les secrets de maltraitance qui nous seront confiés. Reçus à l'intérieur des maisons, nous ne respecterons pas les secrets des foyers où règne les abus, les violences et la cruauté. Nous médecins devons protéger ces enfants étouffés par le silence et tout faire pour soulager leur souffrance, panser les blessures de toute leur vie.

Cette étude a montré que le dépistage et le signalement des situations de maltraitance par le médecin généraliste sont ressentis comme primordiaux mais nettement insuffisants pour ces anciennes victimes de violence. Malgré ce défaut de repérage, une fois la situation de maltraitance certifiée, lorsque le médecin généraliste est convié à la prise en charge de ces patients, il affirme son rôle de pilier pour le suivi et l'accompagnement de ces enfants maltraités ; il leur assure une écoute, un soutien et une attitude bienveillante tout au long de leur parcours de vie. Car les conséquences sur la santé sont désastreuses entraînant de graves répercussions mentales mais aussi physiques qui évoluent dans la chronicité comme le confirme la totalité des entretiens de notre étude. Ces enfants auront de perpétuelles interrogations sur la parentalité, l'éducation et la bientraitance. Ils garderont le sentiment de culpabilité dont il est important de se débarrasser pour se construire une résilience durable.

Cette enquête a également permis de suggérer des propositions pour améliorer la prise en charge de la maltraitance: promotion de la bientraitance aux entretiens de pédiatrie et d'obstétrique, meilleur suivi d'un enfant et encadrement du changement de médecin généraliste, meilleure communication entre professionnels de santé et avec les autres professionnels du parcours de ces enfants, meilleure formation des médecins généralistes mais aussi des enseignants, renforcement de la médecine scolaire, prise en charge et suivi de ces enfants toute leur vie mais aussi de la fratrie et des auteurs de maltraitance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tursz, A. Les oubliés : enfants maltraités en France et par la France. (Seuil, 2010)
2. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. (2014)
3. Rapport du comité de suivi du colloque national sur les violences faites aux enfants. Prévenir la maltraitance des enfants par le renforcement du rôle des médecins et de la coordination entre secteurs professionnels. (14 juin 2013)
4. Cousin, S. Sévices à enfants: devenir après un signalement et épidémiologie à partir d'une étude sur 42 dossiers. (Université de Rouen, 2006).
5. HAS. Repérage et signalement de la maltraitance infantile– Service Presse. (2014).
6. Gabel, M. & Corbet, E. Maltraitements, Actualité et dossier en santé publique - revue trimestrielle du Haut Comité de la santé publique, France. (2000).
7. ONU. Article 19 de la convention internationale des droits de l'enfant. (1989).
8. ODAS. L'action sociale décentralisée: Bilan et perspectives. (ODAS, 1993).
9. OMS, Krug, E. & et al. Rapport mondial sur la violence et la santé. (2002).
10. Des Comptes, C. La protection de l'enfance. Rapp. Public Thématique Paris Cour Comptes (2009).
11. Loi du 24 juillet 1889 Enfants maltraités ou moralement abandonnés, placement des mineurs, action éducative en milieu ouvert
12. Pierre, É. La loi du 19 avril 1898 et les institutions. Rev. D'histoire L'enfance « Irrégul. » Temps Hist. 113–127 (1999).
13. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.
14. Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance. 2004-1 (2004).
15. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 (2007).
16. HAS, F. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir. (2014)
17. article 226 du Code de l'action sociale et des familles. (2007).
18. Organisation mondiale de la Santé. Guide sur la prévention de la maltraitance: intervenir et produire des données. (2006).
19. Observatoire national de l'enfance en danger. Enquête nationale Informations Préoccupantes. (2011).
20. Tursz, A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. Arch. Pédiatrie 16, 936–939 (2009).
21. Institute of Medicine, National Research Council. New directions in child abuse and neglect research. Washington: (2014).
22. Muriel Salmona. Violences faites aux enfants: Un silence assourdissant et un scandale sanitaire, social et humain. (2013).
23. Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA. Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. (2005).
24. National clearinghouse on child abuse and neglect Information. Understanding the effects of maltreatment on early brain development. (2001).
25. Stewart-Brown SL, Fletcher L, Wadsworth ME. Parent-child relationships and health problems in adulthood in three UK national birth cohort studies. (2005).
26. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. (2005).
27. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. (2008).
28. Felitti, V. & Anda, R. Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden Epidemic. (2010).

29. Anda, R., Felitti, V. & Bremner, J. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. (2006).
30. Dumaret, A.-C. & Crost, M. Placements à long terme en villages d'enfants depuis plus de 30 ans: troubles psychiques et prises en charge. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* **56**, 512–519 (2008).
31. Association mémoire traumatique et victimologie. Impact des violences sexuelles de l'enfance à l'âge adulte. (2015).
32. Aubin-Auger, I. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* **84**, 142–5 (2008).
33. Lessard-Hébert, M., Boutin, G. & Goyette, G. La recherche qualitative: fondements et pratiques. (De Boeck Supérieur, 1997)
34. Frappé P. De la question au type d'étude. In : Frappé P. Initiation à la Recherche. Mayenne : GMSanté et CNGE (2011).
35. Frappé P. De l'objectif au protocole. In : Frappé P. Initiation à la Recherche. Mayenne : GMSanté et CNGE ; (2011).
36. Britten N. Qualitative research : qualitative interviews in medical research. *BMJ.* 1995 ; **311** (6999) : 251-253.
37. Frappé P. Du recueil à l'analyse. In : Frappé P. Initiation à la Recherche. Mayenne : GMSanté et CNGE ; 2011. pp. 113-143.
38. Kaufman JC. L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif. Paris : Armand Colin ; 2008.
39. Coté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale.* (2002).
40. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions. (2001).
41. Discours de Céline Raphaël tenu lors de la journée de restitution de la concertation sur la protection de l'enfance présidée par Laurence Rossignol - ministère de la famille - (Juin 2015).
42. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations professionnelles. (2005).
43. Déclaration du médecin traitant - Art L 162-5-3 du code de la sécurité sociale.
44. service public. Inscription à l'école primaire d'un enfant après un déménagement. (2015).
45. Rousseau, D. Postface de la Démonstration. (2015).
46. Conseil national de l'ordre des médecins - Article 42 soins aux mineurs, aux majeurs protégés.
47. Society for Adolescent Medicine. Confidential health care for adolescents : Position paper of the Society for Adolescent medicine. *J Adolesc Health* 2004; **35**:160-7.
48. Thèse de médecine générale de V. Renée : Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecin générale 2014.
49. Loi no 2000-197 du 6 mars 2000 visant à renforcer le rôle de l'école dans la prévention et la détection des faits de mauvais traitements à enfants. 2000-197 (2000).
50. Ministère de l'éducation nationale. Les nouveaux programmes de l'école primaire. (2008).
51. Circulaire DGS/407/2B du accueil et prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics et privés, des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissement. (1985).

ANNEXES

Annexe 1: Guide d'entretien.....	55
Annexe 2: Attestation d'interne.....	56
Annexe 3: Consentement.....	57
Annexe 4: Séance pédagogique sur la maltraitance du CNED.....	58