

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 1995



106 027006 9

THESE N° 18611

**ETUDE LOCALE DU COMPORTEMENT
DES MEDECINS GENERALISTES
VIS-A-VIS DE L'ENFANCE MALTRAITEE**

THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 8 Décembre 1995

par

Cyril GUILLON

né le 9 Octobre 1968 à Jonzac (Charente-Maritime)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur DE LUMLEY-WOODYEAR	PRESIDENT
Monsieur le Professeur DUMONT	JUGE
Monsieur le Professeur GAROUX	JUGE
Monsieur le Professeur MOULIN	JUGE
Monsieur LHOMME	MEMBRE INVITE
Monsieur le Docteur VIGUE	MEMBRE INVITE



ANNEE 1995

THESE N° 186

**ETUDE LOCALE DU COMPORTEMENT
DES MEDECINS GENERALISTES
VIS-A-VIS DE L'ENFANCE MALTRAITEE**

THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 8 Décembre 1995

par

Cyril GUILLON

né le 9 Octobre 1968 à Jonzac (Charente-Maritime)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur DE LUMLEY-WOODYEAR	PRESIDENT
Monsieur le Professeur DUMONT	JUGE
Monsieur le Professeur GAROUX	JUGE
Monsieur le Professeur MOULIN	JUGE
Monsieur LHOMME	MEMBRE INVITE
Monsieur le Docteur VIGUE	MEMBRE INVITE

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE: Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS: Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE B
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOUQUIER Jean-José	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX Michel	ANATOMIE
CATANZANO Gilbert (C.S)	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN Albert	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE,
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY Jean	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HUGON Jacques	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
LIOZON Frédéric	CLINIQUE MEDICALE A
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
OUTREQUIN Gérard	ANATOMIE
PECOUT Claude (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TABASTE Jean-Louis (C.S)	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S)	THERAPEUTIQUE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

MOULIN Jean-Louis

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

* C.S = Chef de Service

A Monsieur le Professeur **DE LUMLEY WOODYEAR,**

Président du jury

Pédiatrie
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

*Lui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.*

*Nous vous prions de croire en notre
respectueuse gratitude.*

A Monsieur le Professeur **DUMONT**,

Membre du jury

Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur **GAROUX**,

Membre du jury

Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

A Monsieur le Professeur **MOULIN**,

Membre du jury

Professeur associé à mi-temps

*Vous avez bien voulu accepter de faire
partie du jury de notre thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de
notre respectueuse considération.*

A Monsieur le Docteur **VIGUE**,

Directeur de thèse
Membre invité

Médecin généraliste

Vous avez inspiré et guidé notre travail

*Soyez assuré de notre profonde gratitude
et de toute notre considération*

A Monsieur **LHOMME**,

Membre invité

Docteur en Sociologie
Directeur de maison d'enfants à caractère social

*Vous nous avez fait part de votre savoir
sur ce sujet*

*Veuillez trouver, par ce travail, le témoignage
de notre sincère reconnaissance*

Remerciements

A Monsieur le Professeur **BOULESTEIX**

A Maître **TRUFFIT**

et

Aux Services d'Aide Sociale à l'Enfance
de la Haute-Vienne et de la Corrèze

A Ma Corinne,

Rayon de lumière dans ma vie,
qui m'apporte douceur et chaleur chaque jour.

Teuf-Teuf.

A Mes Parents,

Lui m'ont donné pendant toutes ces années
et me donnent encore tout ce qu'un fils
peut espérer.

A Karel, Mon Frère et à sa petite Famille,
De nos premières complicités
à la joie de cet esprit familial.

A mes Grands-Parents,

partis trop tôt
et dont je suis si fier d'être le petit-fils.

A ma Marraine, Joëlle et sa famille,

Loin en distance,
Mais toujours proches du cœur.

A Camille, Ma Filleule,

Que ta vie soit aussi belle

Que tu es vive et pleine de charme.

A la Famille de Corinne,

Qui m'a accueilli avec tant de gentillesse.

Aux copains et copines d'enfance et de Faculté,
pour les éclats de rires et les moments de complicité :
Pierre, Jean-Marie, Yves et Anne, Claude, Cyrille et
Louise, Raynald et Nathalie, Annie, Marc, Pascale,
Henri ... et tous les autres

Aux personnels des services dans lesquels j'ai effectué
mon résidanat

A ma Secrétaire

A Gaston

PLAN

I - INTRODUCTION

- 1 - Définition
- 2 - But de notre étude

II - HISTORIQUE

- 1 - Socio-culturel et juridique
- 2 - Médical

III - LA PROTECTION DE L'ENFANT : ASPECTS JURIDIQUES ET ADMINISTRATIFS

- 1 - Quelques lois
- 2 - Les garants de la protection de l'enfant
- 3 - Les mesures de protection

IV - ETUDE DE NOS CAS

- 1 - Matériel et méthode
- 2 - Les résultats

V - CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

SIGLES

La maltraitance, bien qu'existant de tout temps, et les premiers écrits nous en apportent la preuve, ne semble intéresser les médecins que depuis à peine plus d'un siècle.

Il faudra attendre le XXème siècle pour que notre société prenne des mesures sociales et judiciaires, à grande échelle, en faveur des enfants maltraités.

Le généraliste, de par sa position privilégiée au sein de la famille et de l'ensemble des structures, a certainement un rôle important à jouer, tant au niveau du dépistage que de la déclaration et du suivi.

Mais qu'en est-il aujourd'hui ?

I - INTRODUCTION

Le problème de la maltraitance commence par sa définition elle-même, sujette à caution. En effet, non seulement celle-ci a évolué dans le temps et est empreinte des coutumes culturelles ; mais il est de surcroît difficile de faire la distinction entre un enfant maltraité et un sujet à risque.

Nous essaierons donc de définir la plupart de ces formes et conditions, puis nous nous attacherons à celles qui correspondent à notre étude.

Dans un second temps, nous préciserons le but de cette thèse et les motivations de cette démarche.

1 - Définition :

Pour le Petit Larousse, "maltraiter" signifie traiter, agir sur quelqu'un avec violence ; et il donne pour synonyme à cette dernière : brutalité, emportement, fougue, impétuosité, véhémence. Ce qui a donc une connotation physique et d'acte incontrôlé.

Il y a donc une restriction puisque, nous le verrons par la suite, la maltraitance peut être plus subtile en touchant le domaine psychique et est alors calculée, étudiée, répondant à des règles au sein d'un microcosme.

Par ailleurs, le terme de violence, même s'il montre bien l'ampleur du traumatisme, n'est pas assez ouvert ; ainsi, ne peut-on, ou plutôt ne doit-on pas parler de violence quand des enfants sont exploités, négligés ou encore abandonnés. Les Nations Unies ne s'y sont pas trompées et dans leur conventions des droits de l'enfant, elles font référence aux conditions de vie médiocres existant dans de nombreux pays appartenant essentiellement, mais pas seulement, au Tiers-Monde (44).

Dans certains cas, la maltraitance est liée à des conditions économiques précaires ou à des rites culturels ou religieux. Les circoncisions des petites musulmanes et l'enrôlement d'enfants au sein de sectes ne sont que les exemples les plus frappants.

En France, quand nous parlons d'enfant maltraité, nous faisons référence à la cellule familiale, c'est-à-dire que cet être fragile subit des actions néfastes venant de celui ou ceux qui sont censés le protéger et gérer son équilibre.

La définition proposée par l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (O.D.A.S.) et reprise par tous les consensus est : "l'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique" (77).

On retrouve ici les quatre modes des anglo-saxons : "physical abuse, emotional maltreatment, sexual abuse and neglect" (6).

On note d'abord que cette définition fait abstraction de l'auteur de la maltraitance; ensuite, qu'en ce qui concerne les négligences, elle renvoie à une évaluation des conséquences ultérieures donc à la subjectivité.

En ce qui concerne les violences physiques, nous rappellerons simplement qu'elles sont aussi nombreuses que variées (29) :

- . ecchymoses et hématomes
- . plaies, griffures et lacérations
- . brûlures par contact, par ébouillamment, par caustiques et par cigarettes
- . alopecie
- . fractures qui, si elles sont multiples et d'âges différents, réalisent le syndrome de Silverman, avec lésions diaphysaires, arrachements métaphysaires, décollements périostés et hématomes sous-périostés
- . hématome sous-dural consécutif à un coup violent ou réalisé par la répétition de secousses antéro-postérieures individualisées sous le terme de syndrome du bébé secoué, par J. CAFFEY (8, 16)
- . lésions oculaires
- . lésions viscérales multiples (hémothorax, pneumothorax, rupture de foie ou de rate, déchirure mésentérique,...).

Il est beaucoup plus difficile, voire impossible, de réaliser une liste même incomplète, des modes de cruauté mentale. En effet, celle-ci peut être provoquée par des mots dévalorisant et déstabilisant l'enfant, mais aussi simplement par des gestes ou un regard. La plus grave est l'absence de communication ; elle est d'autant plus grande qu'il y a plus d'opacité sociale.

Dans les sévices sexuels, il y a une double connotation physique et psychique. L'inceste désigne des relations sexuelles entre parents du premier degré. Il est cependant intéressant de noter que le terme d'inceste n'est pas repris dans le Code Pénal français qui ne retient que les attentats à la pudeur (42).

La violence sexuelle ne se limite pas à l'acte de pénétration, mais s'étend à tout un ensemble d'activités allant de l'exhibitionnisme à la masturbation en passant par la visualisation imposée de cassette pornographique et aux caresses intimes. Ainsi ROUYER et GIRODET, reprenant la définition de KRUGMAN, parlent de "toute participation d'un enfant ou d'un adolescent à des activités sexuelles qu'il n'est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psycho-sexuel, qu'il subit sous la contrainte par violence ou séduction ou qui transgressent les tabous sociaux" (53).

Pour sa part, l'OMS affirme que "l'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'une personne, adulte ou au moins sensiblement plus âgée que lui, aux fins de la satisfaction sexuelle de celle-ci".

Pour ce qui est des négligences, nous avons déjà vu la difficulté à classer celles-ci ou non au sein de la maltraitance. Il est facile de parler d'enfant maltraité lorsque celui-ci est vu dans un état de dénutrition ou qu'il rentre dans le cadre d'un nanisme psycho-social ; mais il est souvent bien plus délicat et mal aisé de faire la part entre maladresse accidentelle et négligences qu'on pourrait qualifier de chroniques. Pour cela, l'O.D.A.S. a créé la terminologie "d'enfant à risque". Il s'agit en fait d'établir "les conditions d'existence qui risquent de mettre en danger leur santé, leur sécurité, leur moralité ou leur éducation" (77).

A ces quatre formes de maltraitance, s'ajoute une cinquième qui ne peut être incluse dans les autres : il s'agit du syndrome de Münchhausen par procuration, décrit par S.R. MEADOW en 1977. Les parents sont, soit responsables d'une pathologie induite par l'administration volontaire de médicaments ou de toxiques, soit ils allèguent des symptômes n'ayant jamais existé et y font adhérer l'enfant.

Dans le premier cas, on parlera de forme active et dans le second de forme passive. Dans tous les cas, cela sera responsable d'une escalade d'explorations médicales voire chirurgicales. On comprend donc le côté physique et le versant psychique de ce type de maltraitance (29, 57).

2 - But de notre étude :

Nous nous donnons comme objectif d'étudier l'attitude des médecins généralistes de notre région face à l'enfance maltraitée. Nous allons ainsi voir le type de maltraitance qu'ils rencontrent, les circonstances de découverte, les catégories et milieux où ils les observent. Mais nous nous proposons aussi d'établir ce qui se passe après le diagnostic : leur comportement vis à vis de la déclaration à la justice, le suivi et les conséquences pour l'enfant.

Nous essaierons ensuite de donner des explications à leurs choix et attitudes. Car, nous le verrons plus loin, le généraliste n'est à l'origine de la découverte et du signalement que dans un pourcentage très faible de maltraitances.

Pourtant le médecin généraliste est le Médecin de Famille, donc qui mieux que lui est à même d'être sensibilisé, capable de diagnostiquer et protéger l'enfant ?

Nous devons enfin signaler que cette recherche a été réalisée à l'échelon d'un arrondissement de la Corrèze : celui de Brive. On ne peut donc pas en extrapoler les conclusions à un département et encore moins à la France.

II - HISTORIQUE

1 - Socio-culturel et Juridique :

Même s'il nous semble le découvrir aujourd'hui, le phénomène de l'enfance maltraitée existe depuis le début des temps, et nous en avons de nombreux exemples dès les premiers écrits.

Ainsi, le sacrifice d'Isaac qu'Abraham était prêt à réaliser pour remercier Dieu, est un des cas les plus célèbres et a eu une empreinte culturelle importante sur les sociétés qui ont suivi ; même si le Deutéronome apporte à la Bible un chapitre plus moraliste en condamnant l'inceste (69).

Les familles pharaoniques qui se mariaient entre frères et sœurs, parfois en très jeune âge, afin de préserver le sang divin, en sont un autre exemple.

A Rome et dans le Monde Grec, l'enfant est institutionnellement l'objet du père qui a donc sur lui tous les droits : battre, vendre, banir et tuer (28).

En ce qui concerne les relations sexuelles avec des enfants, la civilisation grecque acceptant la pédophilie, lui donna même un statut social.

C'est aussi un Grec, le médecin Soranus, qui deux siècles avant notre ère, écrivit un traité pour reconnaître à la naissance les enfants qui valaient de vivre. Car, durant toute l'Antiquité, l'infanticide ne pouvait être défini avant le septième jour ; avant cette date, les parents d'enfants anormaux, malformés, avaient le droit de les tuer sans formalité. Il en est encore ainsi dans certains pays et notamment au Moyen-Orient.

En France, la société médiévale utilisait le même mot pour désigner l'enfant et l'adolescent, et ceux-ci avaient les mêmes jeux et étaient soumis aux mêmes travaux que l'adulte.

Il faudra attendre le XVII^{ème} siècle pour voir naître un sentiment nouveau avec une organisation autour de l'enfant. La reconnaissance de ce dernier passe d'abord par l'individualisation de l'adulte, d'évolution tardive dans la société. Les premiers dans ce domaine, seront les anglais et les français. La diminution de la mortalité infantile jouera aussi un rôle important, l'existence de l'enfant n'étant plus aussi précaire (2).

En 1638, en créant l'Hopital des Enfants à Paris, Saint-Vincent-de-Paul s'occupe d'un autre volet de la maltraitance : les enfants abandonnés, sujet dramatique en ce qui concerne l'enfant, mais aussi fléau social à cette époque.

Au XVIIIème siècle, Jean-Jacques Rousseau sera le premier à définir la période de l'enfance comme un moment privilégié où l'être est malléable, vulnérable et doit se former.

En ce qui concerne le travail des enfants, la réglementation commencera en Angleterre avec les lois de 1802 et 1831.

En France, en 1841, le rapport VILLERME interdit tout travail avant 8 ans, le travail de nuit avant 13 ans, et limite les horaires à 8 heures entre 8 et 12 ans, et 12 heures entre 12 et 16 ans. Cependant, il faudra attendre 1874 et les lois sur l'inspection du travail pour voir la législation respectée.

La loi de 1882 rendant l'école obligatoire jusqu'à 13 ans apportera, outre son aspect éducatif indispensable, un appoint aux conditions de travail des enfants.

Autres démarches fondamentales ayant eu un rôle important bien qu'indirect sur l'abandon et plus généralement l'enfance, ont été les mesures d'assistance et l'allocation aux mères nécessiteuses, en 1869.

Ce n'est que le 24 juillet 1889, que sera promulguée la loi sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés avec institution de la déchéance paternelle.

Juridiquement, jusqu'en 1912 avec la création des tribunaux pour enfants et la présomption d'irresponsabilité pour les moins de 18 ans, l'enfant était responsable pour le Code Civil et passible des mêmes tribunaux que l'adulte. Mais il faudra attendre le 2 février 1945 pour que soient institués les Juges des Enfants.

En novembre de la même année, sont mis en place les statuts de la Protection Maternelle et Infantile.

En 1953, l'Assistance publique devient l'Aide Sociale à l'Enfance (46).

Par l'ordonnance du 23 décembre 1958, la sauvegarde de l'enfant dont l'état physique ou mental est compromis, est confiée au Juge des enfants.

L'ordonnance du 5 janvier 1959, délie du secret professionnel les assistants sociaux pour la divulgation des sévices à enfants, mais les textes se contredisent encore jusqu'à la loi n° 71.446 du 15 juin 1971.

En ce qui concerne les médecins, il sera nécessaire d'attendre presque une décennie pour que la loi 80.1041 du 23 décembre 1980 leur permette la déclaration des cas de viol avec l'accord de la victime, sans risquer la culpabilité de levée du secret professionnel. Là encore, on voit la contradiction avec la circulaire 47 du 21 mars 1968 qui demandait aux médecins de rendre compte des mauvais traitements infligés aux enfants, soit au médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), soit à celui attaché à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS).

Enfin, la loi n° 89.487 et son article 69 redéfiniront les actions des services du conseil général le 10 juillet 1989 ; la loi n° 92.683 du 22 juillet 1992 reformera les dispositions générales du Code Pénal, en éclaircira les textes sur le secret professionnel et ses conditions de levée (23).

Toutes ces lois se rapportent à la France, et la plupart des pays européens et d'Amérique du Nord tendent aux mêmes droits. L'Assemblée Générale des Nations Unies a rédigé, le 20 novembre 1959, la Déclaration des Droits de l'Enfant qui a abouti 30 ans après, à la Convention des Droits de l'Enfant, adoptée par les Nations Unies. Cependant, il existe dans le monde encore beaucoup de pays où les enfants sont exploités, maltraités, sacrifiés ; l'Inde et le Brésil n'en sont que la partie la plus visible (11).

2 - Médical :

Pour ce qui est du milieu médical, les premières études porteront sur le versant médico-légal des maltraitances physiques avec ZACCHIAS, qui au XVIIIème siècle, s'intéresse aux lésions produites par les châtiments corporels à l'école. Un siècle plus tard, TARDIEU reprendra une étude plus approfondie sur les enfants victimes de sévices (55, 62).

En 1946, CAFFEY évoque la question des mauvais traitements chez l'enfant au sujet d'hématomes sous-duraux et de fractures multiples d'âges différents des os longs (8, 9) ; puis en 1956 et 1965 décrira leurs aspects radiologiques (10).

Mais c'est SILVERMAN qui en 1953, s'attachera le premier à cet aspect de la maltraitance (54).

Quant au terme de syndrome des enfants battus, il revient à KEMPE 1961. Il s'associera à SILVERMAN pour en étudier, à partir de 700 observations, les aspects cliniques, para-cliniques, mais aussi sociaux (37).

En 1964, FONTANA redéfinira les critères cliniques et sociaux contribuant au diagnostic (21).

Dans une étude de 1959 à 1966, RABOUILLE et son Maître NEIMANN mettront en évidence l'importance épidémiologique de la maltraitance dans la région de Nancy ainsi que son aspect psycho-social. A partir de 1969, ils définiront la conduite à tenir pour le praticien et le médecin hospitalier (49).

III - LA PROTECTION DE L'ENFANT :

**ASPECT JURIDIQUE
ET
ADMINISTRATIF**

1 - Quelques lois :

Comme nous l'avons déjà vu, le thème du secret professionnel et de sa levée sont souvent au centre des problèmes juridiques en ce qui concerne l'enfance maltraitée.

Ainsi, l'article 378 du Code Pénal de la loi du 21 février 1944 validé par l'ordonnance n° 45.1420 du 28 juin 1945 : "Les médecins, les chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et tout autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 francs à 15 000 francs" (loi n° 56.835 du 7 août 1956), a été revu par la loi n° 92.683 du 22 juillet 1992 définissant le nouveau Code Pénal en l'article 226.13 qui ne porte plus une liste nominative bien que non limitative des personnes tenues au secret professionnel et alourdit les sanctions avec des peines de 6 mois à 1 an de prison et des amendes de 15 000 à 100 000 francs.

Par ailleurs, les 3 derniers alinéas de ce même article 378 et notifiant les conditions de levée du secret :

"Toutefois, les personnes ci-dessus énumérées, sans être tenues de dénoncer les avortements pratiqués dans des conditions autres que celles qui sont prévues par la loi, dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, si elles les dénoncent, les peines prévues au paragraphe précédent ; citées en justice pour une affaire d'avortement, elles demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine". "Les mêmes personnes n'encourent pas les peines prévues à l'alinéa 1er lorsqu'elles informent les autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales des sévices ou privations sur la personne de mineur de quinze ans et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession ; citées en justice pour une affaire de sévices ou privations sur la personne de ces mineurs, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine". "N'encourt pas les peines prévues à l'alinéa 1er, tout médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'un viol ou un attentat à la pudeur a été commis"..., ont été revus au sein de l'article 226.14 qui ne vise plus l'avortement, étend le cas à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou son état

physique ou psychique, élargit les signalements aux autorités administratives et judiciaires et ne se limite plus aux seuls faits connus à l'occasion de la profession.

Le nouvel article 434.1 du Code Pénal ajoute à la liste des personnes exemptées de l'obligation de dénoncer les crimes, celles astreintes au secret professionnel avec cependant par l'article 434.3 une exception ambiguë en ce qui concerne les mauvais traitements ou privations à un mineur de moins de 15 ans : "sauf lorsque la loi en dispose autrement".

Les conditions d'obligation ne sont donc pas plus clairement définies que celles de levée du secret professionnel puisque comme tout citoyen, le médecin est soumis aux articles 62 et 63 du Code Pénal. Ce dernier, plus particulièrement en rapport avec notre sujet dit : "Sera puni d'un emprisonnement de deux mois à quatre ans et d'une amende de 2 000 francs à 20 000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement celui qui, ayant connaissance de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans, n'en aura pas, dans les circonstances définies à l'alinéa précédent, averti les autorités administratives ou judiciaires".

En fait, le médecin est relevé de son secret professionnel et a comme tout citoyen, obligation de déclaration en ce qui concerne les enfants maltraités même si les textes de loi restent empreints de beaucoup d'ambiguïté. Cette attitude semble préconisée par l'article 45 du Code de Déontologie Médicale qui cite : "Lorsqu'un médecin discerne qu'un mineur auprès duquel il est appelé, est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mais en n'hésitant pas si cela est nécessaire, à alerter les autorités compétentes, s'il s'agit d'un mineur de quinze ans". Cependant cette formule laisse un choix de jugement et la nécessité peut ne pas paraître évidente à tous les médecins. On se retrouve donc encore une fois face à un problème d'interprétation.

En ce qui concerne les sanctions pénales énumérées graduellement dans l'article 312 et pour les violences sexuelles dans les articles 330 à 333, elles ont été revues et bien souvent aggravées dans le nouveau Code Pénal.

Dans cette perspective, le meurtre d'un nouveau-né constitue un meurtre aggravé par l'âge de la victime (article 221.4) ; il en est de même pour toute personne particulièrement vulnérable.

De même, la privation d'aliments ou de soins par ascendant est réprimée dans des conditions plus simples : il suffit que la santé du mineur soit compromise (articles 227.15 et 227.16) sans notion de chronicité.

Les tortures et actes de barbarie constituent une infraction autonome punie de 15 ans de réclusion criminelle, 20 ans s'ils sont accompagnés d'agressions sexuelles (autres que le viol), ou s'ils sont commis sur un mineur de 15 ans ou une personne vulnérable, et portés à 30 ans lorsqu'ils sont le fait d'un ascendant ou une personne ayant autorité sur lui (article 222.3).

Pour ce qui est des agressions sexuelles, l'attentat à la pudeur a été remplacé par l'expression d'atteinte sexuelle, et l'article 222.22 définit l'agression sexuelle comme une atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Elle est punie de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende (article 222.27), mais la réclusion passe à 7 ans si elle est perpétrée par un ascendant légitime naturel ou toute personne ayant autorité sur la victime (article 222.28), s'il s'agit d'un mineur de 15 ans ou d'une personne vulnérable (222.29) et à 10 ans si les deux conditions sont remplies.

Le viol est défini par l'article 222.23 du nouveau Code Pénal : "Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise, est un viol. Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle". L'article 222.24 énumère les mêmes circonstances aggravantes qui augmentent la peine à 20 ans d'emprisonnement (37, 35, 23, 11, 41, 70, 71, 72).

2 - Les garants de la protection de l'enfant :

En France, il existe un double système de protection :

- > le premier est judiciaire et revient au Procureur de la République et au Juge des Enfants,
- > le second est médico-social, placé sous l'autorité du Président du Conseil Général, dont dépend la Protection Maternelle et Infantile et l'Aide Sociale à l'Enfance, et par l'intermédiaire du Directeur Départemental de la D.D.A.S.S., le service social polyvalent de secteur.

A - Le système judiciaire :

a) Le Procureur de la République :

C'est lui qui reçoit les signalements de l'autorité administrative, les procès verbaux des services de police ou de gendarmerie et les plaintes adressées par les victimes. Son pouvoir est très grand : il peut décider de saisir le Juge des Enfants ou de classer sans suite, faire pratiquer un complément d'enquête, demander main-forte à la force publique et surtout ordonner un placement en urgence du mineur afin d'avoir une protection immédiate.

b) Le Juge des Enfants :

Il traite à la fois des dossiers des mineurs délinquants et de ceux en danger.

Il peut être saisi par :

- . Le ministère public
- . Le ou les parents
- . Le tuteur de l'enfant
- . L'enfant lui-même
- . Tout citoyen
- . Mais surtout lui-même, à condition d'être saisi en retour par le Procureur dans les huit jours.

C'est donc le personnage central qui a le privilège de se saisir, d'instruire et de juger.

Son droit d'intervention est étendu, il peut ainsi :

- . laisser l'enfant dans sa famille avec une mesure d'Assistance Educative en Milieu Ouvert, assurée par les structures sociales spécialisées ;
- . nommer un tuteur auprès de la famille pour les prestations sociales attachées aux mineurs ;
- . confier l'enfant à l'un des parents, à une personne digne de confiance, à une structure hospitalière, à un centre d'observation ou à un établissement de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Ses décisions sont de deux types :

- . Ordonnance Provisoire, d'une durée de six mois, renouvelable,
- . ou décisions "sur le fond", d'une durée de deux ans, renouvelable.

Dans ses tâches, le Juge des Enfants est assisté par la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, qui joue un rôle essentiellement de conseiller technique par des enquêtes, évaluations et observations et par les Assesseurs des tribunaux.

B - Le système médico-social et administratif :

a) Le Service Social Polyvalent de Secteur :

Découpé en unités géographiques couvrant en moyenne 5 000 à 10000 habitants : les secteurs sociaux polyvalents qui sont regroupés en une unité homogène, la circonscription de service et d'action sociale, le service social polyvalent de secteur est placé sous l'autorité du directeur de la D.D.A.S.S.

La tâche qui revient aux assistants sociaux est définie par la circulaire interministérielle du 22 octobre 1959 : "L'assistant social doit rechercher les causes qui compromettent l'équilibre physique, psychologique, économique ou moral d'un individu, d'une famille ou d'un groupe et mener toutes actions susceptibles d'y remédier".

Le service social agit en amont de la maltraitance, c'est-à-dire dans une action préventive, mais aussi en aval par une relation d'aide constructive et suivie alors que le mauvais traitement est avéré.

b) Le Service de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) :

Il s'attache à la protection et la promotion de la santé de la famille et de l'enfance : définition de la loi du 18 décembre 1989.

S'exerçant par l'intermédiaire de médecins, de puéricultrices et d'assistantes sociales, il permet un suivi médico-social pour les futures mères et les enfants de moins de six ans. La P.M.I. a donc un rôle de prévention, de surveillance et de détection de la maltraitance.

Par ailleurs, en liaison avec le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.), elle étend son rôle dans la prise en charge des mineurs maltraités.

c) L'Aide Sociale à l'Enfance :

Ses missions sont multiples et essentiellement d'ordre préventif.

Elle agit au plan collectif en organisant des actions d'animation socio-éducative afin de prévenir la marginalisation et faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles. Les équipes ainsi implantées sur le terrain sont à même d'évaluer les dysfonctionnements familiaux et dans certains cas de signaler des enfants en danger.

Sur le plan individuel, en ce qui concerne la maltraitance, elle réalise une prévention primaire et secondaire en apportant "un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille et aux jeunes confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre".

Les mesures d'action prennent la forme :

- > d'une aide financière sous forme de secours exceptionnel ou d'allocations mensuelles ;
- > d'une aide matérielle et éducative par l'intervention d'une travailleuse familiale ;
- > d'un soutien d'un service d'action éducative spécialisée.

Par ailleurs, c'est aussi à l'A.S.E. que revient la prise en charge des femmes enceintes désirant accoucher "sous X" ; l'enfant devenant alors pupille provisoire pendant 3 mois, date à laquelle la mère ne peut plus revenir sur sa décision et à partir de laquelle un projet d'adoption est élaboré.

Enfin, dans un objectif de prévention tertiaire, lorsqu'est envisagé un placement, l'enfant est confié à l'A.S.E. à qui il incombe de prendre en charge les frais d'entretien et d'éducation.

Il est bien évident que nous n'avons vu ici que partiellement leur rôle vis à vis de la maltraitance et que toutes ces institutions ont bien d'autres missions, moins directement liées à la protection de l'enfant maltraité (23, 26, 40, 60).

3 - Les mesures de protection :

Elles sont multiples mais peuvent se résumer à deux possibilités : l'Action Educative en Milieu Ouvert (A.E.M.O.), ou le Placement.

Le choix est fait essentiellement par le Juge des Enfants, mais elles mettent ensuite en oeuvre une surveillance et un travail pluridisciplinaire dans un but de protection et de réévaluation.

D'autre part, le Tribunal de Grande Instance peut décider d'une autre mesure, qui si elle est souvent perçue comme une sanction pénale à l'égard du ou des parents, n'est et ne doit être qu'un moyen de protéger l'enfant.

A - L'Action Educative en Milieu Ouvert :

Elle tend à réaménager les relations au sein de la famille afin que l'enfant y soit maintenu ou réintégré.

Il s'agit d'une prise en charge globale et constitue une orientation privilégiée.

Elle revient à une équipe multidisciplinaire : psychologues, travailleurs sociaux, médecins...

Elle apporte une aide matérielle et sociale, une aide psychologique à l'enfant et aux parents, tout en réalisant une surveillance pour la sécurité de l'enfant et une évaluation suivie.

Les actions éducatives s'exercent soit en direction de la famille ou de l'enfant, soit en direction de l'environnement.

La mesure d'A.E.M.O. peut être prise à titre provisoire pour une durée de 6 mois ou être ordonnée par jugement à la clôture de l'instruction, sa durée fixée par le juge ne pouvant excéder deux ans (58).

B - Le placement :

Il fait suite à un jugement ou peut apporter une réponse rapide de protection de l'enfant en danger imminent grâce à l'établissement d'une Ordonnance de Placement Provisoire par le Juge des Enfants.

Si bien souvent, il s'agit d'une mesure indispensable de protection, il peut également être considéré comme un projet thérapeutique lors d'une période de crise.

On voit ainsi son double rôle et son aspect non définitif.

Son objectif n'est pas le remplacement d'une "mauvaise famille" par une autre famille ou une institution, mais de mettre l'enfant à l'abri d'agression ou de carence entravant son développement physique, affectif et intellectuel, tout en établissant un projet de restructuration relationnelle avec les parents quand cela est possible.

Le choix du type de placement se fait essentiellement en fonction de l'âge, mais aussi du but et des conditions de cette mesure.

On distingue ainsi le placement familial, mieux adapté aux très jeunes enfants dont le développement psycho-affectif nécessite un maternage par une figure unique, et le placement institutionnel réalisé par les pouponnières pour les enfants de moins de 3 ans, les établissements et foyers de l'A.S.E., les foyers d'observation et services d'accueil en urgence et les trop rares lieux de vie à mi-distance entre la collectivité et l'accueil en famille (24).

C - La déchéance d'autorité parentale :

Là encore, l'objectif prioritaire doit toujours être la protection et l'épanouissement du mineur.

L'un ou les deux parents peuvent se voir retirer la totalité ou une partie de leurs droits sur leur enfant qu'ils aient ou non été condamnés pour crime ou délit.

Cette mesure peut être appliquée s'ils ont mis en danger la sécurité, la santé ou la moralité de l'enfant par des mauvais traitements, par des exemples pernicious d'ivrognerie habituelle, d'inconduite notoire, de délinquance, ou par un défaut de soins.

Le mineur peut alors être confié à l'autre parent, à un tiers, ou encore à l'A.S.E.

Ainsi, le nombre de décisions de déchéance de l'autorité parentale, pour l'ensemble des tribunaux français, n'était en 1977 que de 647, et n'a cessé de décroître pour passer à 378 en 1980 et moins de 50 en 1992 (35).

Il est à noter que la déchéance n'interdit pas forcément à l'enfant de voir ses parents, sauf si cela est contraire à son intérêt supérieur, car elle n'entraîne pas la perte des droits de l'enfant.

Si elle n'est pas toujours permanente, cette mesure peut le devenir et permettre l'adoption de l'enfant maltraité qui peut se faire également après démarche volontaire des parents renonçant à leurs droits (article 348.3 du Code Civil) (70) ou par déclaration judiciaire d'abandon concernant le mineur dont père et mère se sont manifestement désintéressés depuis au moins un an (35).

IV - ETUDE DE NOS CAS

1 - Matériel et méthode :

A - Statistiques :

On parle aujourd'hui beaucoup du problème de la maltraitance et de son ampleur, et bien sûr les journaux du tout public et les organismes officiels s'y intéressent, ont essayé d'en quantifier l'importance. Les chiffres alors établis vont du simple au triple.

Comme nous l'avons déjà vu, cette impossibilité d'avoir des données fiables provient d'abord du problème de la définition : nette en ce qui concerne la violence sexuelle, elle est beaucoup plus floue pour ce qui est des négligences. A partir de là, les critères d'inclusion peuvent ou non prendre en considération toute une catégorie d'enfants et ceci dans le domaine le plus fréquent de la maltraitance. D'autre part, chiffrer ce drame avec certitude nécessite que tous ces enfants soient diagnostiqués et signalés.

Tous les constats sont donc des approximations par extrapolation.

Dans ce domaine, les chiffres les plus fiables obtenus avec le plus de rigueur, sont certainement les chiffres de l'ODAS. Ainsi, en travaillant à grande échelle sur 35 départements, et à partir d'un questionnaire et de définitions au mieux cadrés, ils ont obtenu pour l'année 1991 : 30 000 cas, répartis en 6 000 à 6 500 victimes de violences physiques, 2 000 à 2 500 abus sexuels, et 22 000 enfants à risque ou subissant des négligences.

Les cas transmis à la justice cette même année sont évalués entre 20 000 et 25 000.

Les statistiques de 1992 et 1994, par ce même organisme, semblent montrer une progression de la maltraitance ; elles sont plus vraisemblablement les témoins d'une sensibilisation plus grande permettant une augmentation des signalements.

Pour 1992, on dénombre ainsi 45 000 enfants en danger dont 30 000 enfants à risque et 15 000 maltraités ; et en 1994, 54 000 dont 38 000 enfants à risque et 16 000 maltraités (44, 51, 77).

Au niveau régional, la Direction des Interventions Sociales et de la Solidarité Départementale (DISSD) de la Haute-Vienne, confirme cette augmentation avec, en 1992, 93 signalements concernant 134 enfants et en 1994, 129 informations pour 200 enfants (68).

Pour ce qui est de la Corrèze, l'ASE a noté une hausse de 20 % des signalements en 2 ans avec, pour l'année 1994, 250 signalements.

Il est à noter que le bassin de Brive, lieu de notre étude et représentant un peu moins de la moitié de la population du département, est à l'origine de 45 % des informations (67).

B - Déroulement de notre étude :

Rappelons tout d'abord qu'il ne s'agissait pas de faire une étude épidémiologique, mais de voir le médecin généraliste face à la maltraitance.

Le choix de la région s'est porté sur l'arrondissement de Brive en raison de la proximité et de la possibilité d'étudier les milieux rural et urbain.

Pour éviter les biais et avoir un échantillon tant soit peu représentatif, il a été effectué un tirage au sort de 25 généralistes parmi les officiants de Brive et de 25 médecins des cantons environnants, exerçant en rural.

Ces 50 médecins ont été contactés de la même façon, la première question étant : "Avez-vous ou avez-vous eu des enfants maltraités parmi vos patients ?". Il est entendu qu'ils connaissaient mes fonctions de résident en médecine générale et mon souhait de réaliser un travail sur ce sujet.

Tous, sans exception, ont bien voulu parler de ce problème. Parmi ceux de Brive, 9 seulement ont signalé avoir eu des cas, pour un total de 13 enfants. En ce qui concerne les médecins exerçant dans la campagne environnante, seuls 3 généralistes disent avoir eu des enfants maltraités avec un total de 8 cas.

Par la suite, ils ont accepté de me rapporter ces observations de maltraitance et de répondre à des questions orientées sur les faits évoquant le diagnostic, le milieu familial et environnant, les démarches entreprises et le suivi.

Le but était de voir l'attitude du médecin généraliste devant le problème des enfants maltraités, de la découverte aux mesures de prise en charge et de tenter d'analyser leur réponse à ce drame.

2 - Les résultats :

A - Nombre de cas par médecin généraliste :

---> Les données :

Sur les 50 médecins questionnés, 12 ont signalé avoir connu parmi leurs patients des enfants maltraités, soit 24 %.

Ces 12 généralistes ont déclaré 21 cas de maltraitance. Nous avons donc voulu voir la répartition par médecin afin de déterminer s'il s'agissait de cas ponctuels ou si on observait des professionnels de la santé plus sensibilisés.

Tableau n° 1

Nombre de cas signalés par le médecin	1	2	$3 < N < 5$	>5
nombre de médecins	6	4	2	0

Nombre de cas par médecin généraliste

Tableau n° 1

---> Analyse :

Nous voyons ainsi que dans 50 % des cas, seul un enfant maltraité a été observé par le généraliste dans son exercice.

Deux médecins, soit 17 % ont déclaré plus de 3 cas de maltraitance. Ceux-ci ne sont pourtant pas installés dans les quartiers les plus défavorisés et ne s'estiment pas situés dans une "zone à risque".

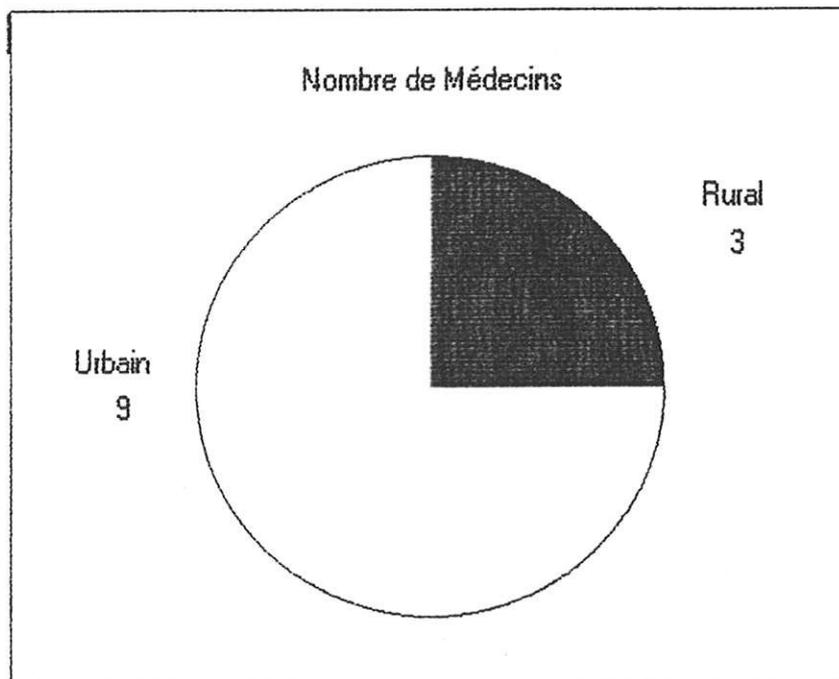
Nous pouvons donc conclure que la découverte d'enfants subissant des sévices est, sinon ponctuelle, souvent bien rare et que seulement un très faible pourcentage de médecins reste plus sensibilisé et peut-être plus vigilant.

B - Milieu : urbain ou rural ?

---> Les données :

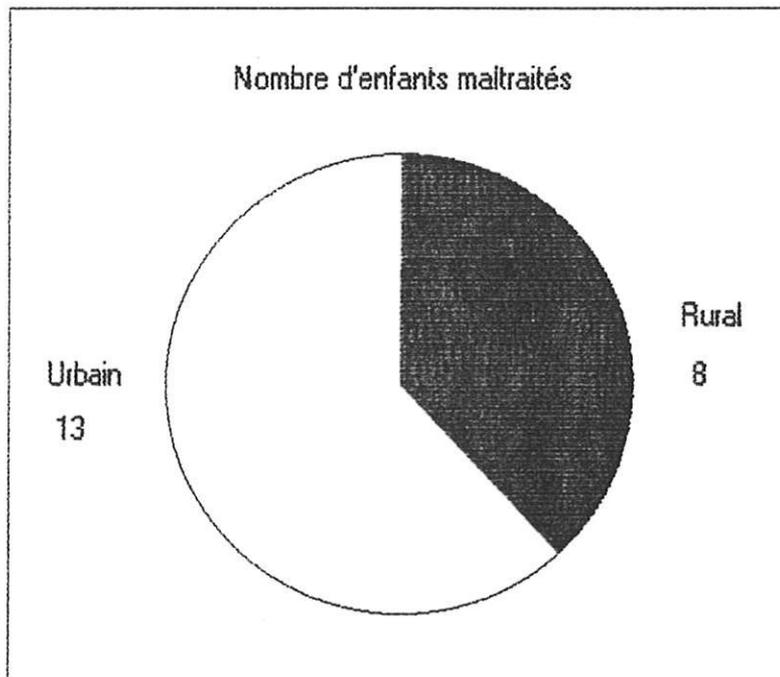
Nous avons questionné autant de praticiens exerçant en milieu rural qu'en ville, afin de savoir si l'un ou l'autre pouvait être pourvoyeur de plus de phénomènes de maltraitance.

Graphiques n^{os} 2 et 3



Milieu de découverte en fonction du médecin

graphique n° 2



Milieu de découverte en fonction des enfants

graphique n° 3

---> Analyse :

Nous voyons ainsi que les 3/4 sont des médecins de ville, ce qui corrobore une étude américaine qui retrouvait également 75 % de praticiens exerçant en milieu urbain (63).

Si on considère le nombre d'enfants maltraités, on note alors une réduction de cet écart avec 38 % en milieu rural et donc 62 % en ville.

Ceci tendrait à nous laisser penser que la maltraitance est essentiellement un drame de la cité ou que dans chaque échantillon, les généralistes urbains sont plus sensibles à ce drame.

Il est cependant impossible de conclure avec certitude, tant sont nombreux les facteurs influençant le diagnostic et si différents entre ces 2 milieux.

Ainsi, on comprend bien que la promiscuité des appartements en ville permet de mieux observer chaque détail, signe d'alarme de la maltraitance, alors que le médecin de campagne aura beaucoup plus de mal à se faire une idée de ce qui se passe au sein d'une ferme isolée.

C - Découverte de la maltraitance : par qui ?

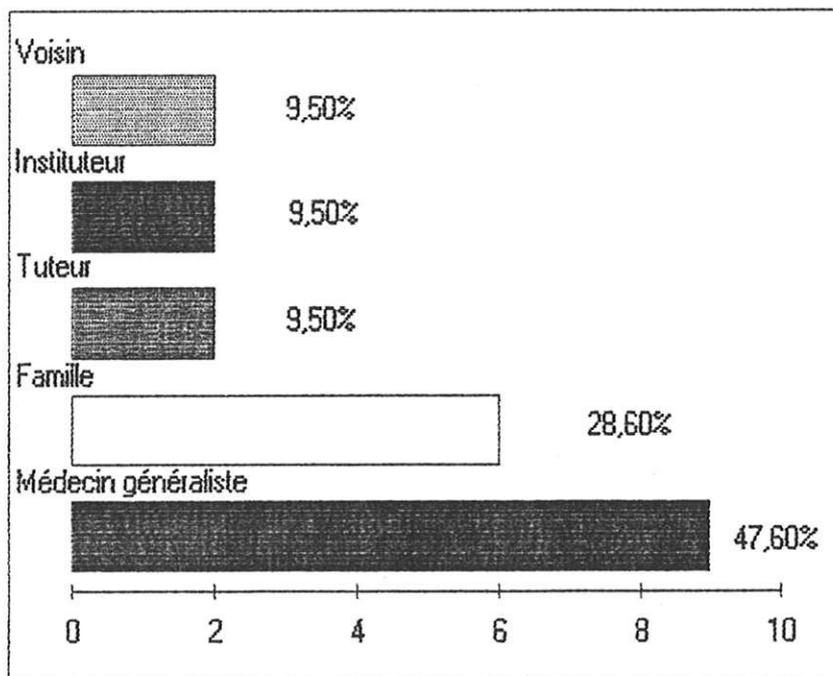
---> Données :

Nous avons essayé de regrouper tous les cas de maltraitance parmi les patients des médecins concernés ; ce qui ne signifie pas que tous ont été directement découverts par eux.

En effet, dans bien des cas, même si ce sont eux qui ont fait le diagnostic médical, la découverte et l'alerte reviennent à une tierce personne.

Nous avons inventorié ceux qui les premiers ont signalé aux généralistes les enfants maltraités.

Tableau n° 4



Personnes à l'origine de la découverte

tableau n° 4

---> Analyse :

Nous observons tout d'abord que dans plus de la moitié des cas, les généralistes ont été contactés par une tierce personne et ne sont donc pas le point de départ du signalement. Ceci montre le rôle peu important, encore à l'heure actuelle, dans ce domaine, du médecin libéral, comme le confirme une étude française qui, en 1993, montre que le signalement d'enfant maltraité ne revient au personnel de santé que dans seulement 7 % des déclarations (39).

Des travaux américains donnent des chiffres semblables à 8,8 % (63), alors que les travailleurs sociaux sont à l'origine de la découverte de plus de 40 % des cas.

Au niveau régional, sur les 134 signalements faits à l'A.S.E. de la Haute-Vienne, 5 proviennent du milieu médical -dont 1 par un généraliste-, 24 des assistantes sociales et 37 de personnes privées de l'entourage (68).

Par ailleurs, on remarque qu'aucun médecin n'a été prévenu de phénomène de maltraitance par les structures sociales qui ont, comme nous venons de le voir, un rôle majeur dans le nombre des signalements.

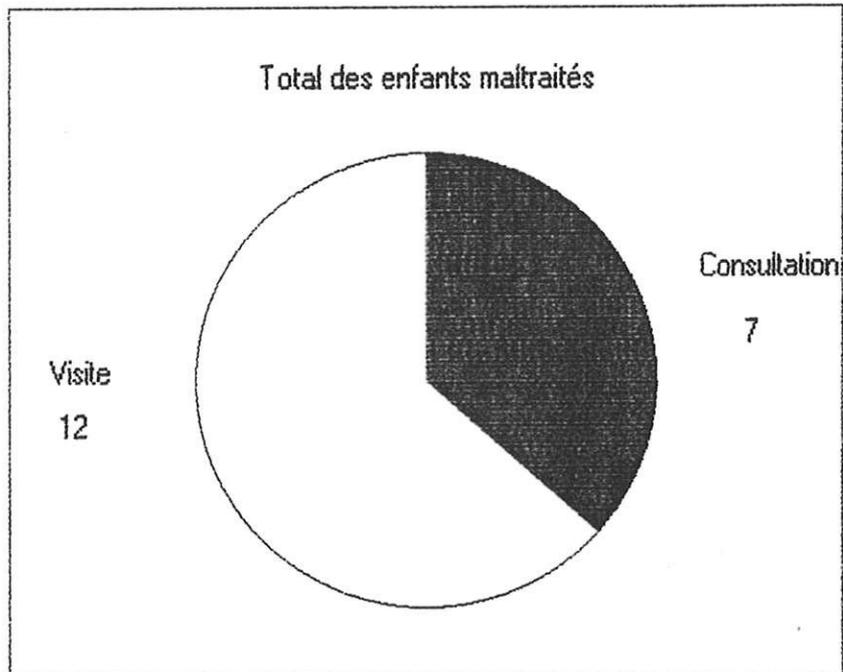
Même si tous ces chiffres ne peuvent être comparés statistiquement, ils montrent les lacunes qui existent chez les médecins généralistes dans le domaine de la découverte des maltraitances ainsi que le manque d'échange entre eux et les structures sociales, maillons essentiels dans ce domaine.

D - Moment de la découverte - visite et consultation :

---> Données :

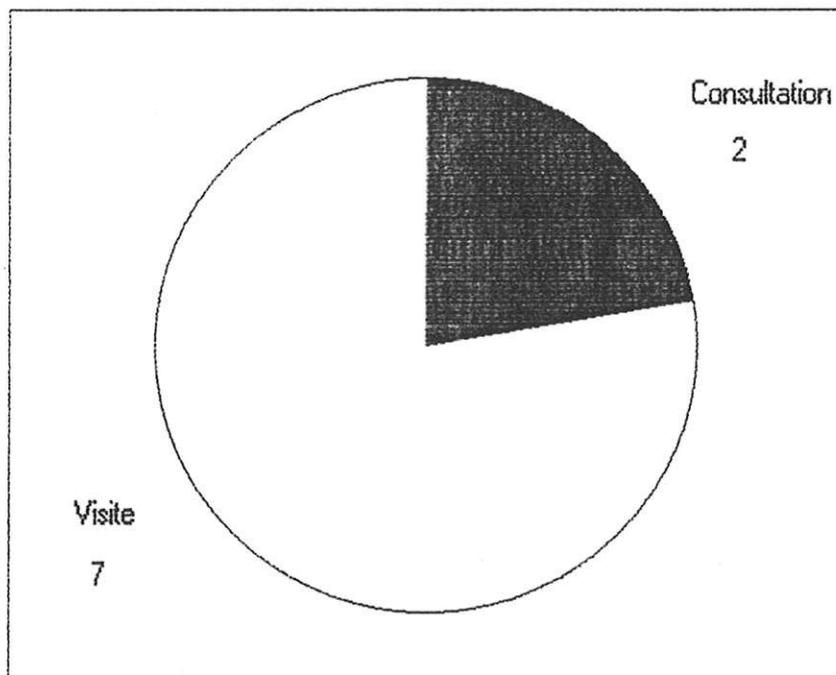
Nous allons d'abord voir les rapports respectifs entre les visites et les consultations qui ont amené le médecin à diagnostiquer la maltraitance. Puis nous verrons la part de ces 2 modalités dans la découverte directe de ce drame par le généraliste.

Graphiques n°s 5 et 6



Moment du diagnostic

graphique n° 5



Moment de la découverte par le médecin généraliste

graphique n° 6

---> Analyse :

On note sur le premier diagramme que le total des enfants s'élève à 19 alors que notre étude porte sur 21 cas ; ceci est dû au fait que par 2 fois l'alerte a été donnée par un proche et que le généraliste a directement signalé le cas aux instances judiciaires, le problème étant flagrant et soupçonné auparavant.

On note la prévalence des visites dans le diagnostic : 63 %, mais plus encore dans la découverte première de la maltraitance par le médecin : 88 %. En effet, en s'introduisant dans le milieu naturel de la famille, il observe mieux l'enfant et ses rapports avec les autres, qui peuvent par ailleurs se soustraire aux différentes consultations. L'analyse de l'habitat et de l'entourage explique parfois certaines attitudes et est souvent un maillon indispensable à la preuve de la maltraitance. Grâce à cela, le médecin de famille a un point de vue privilégié et donc un rôle qui devrait être fondamental.

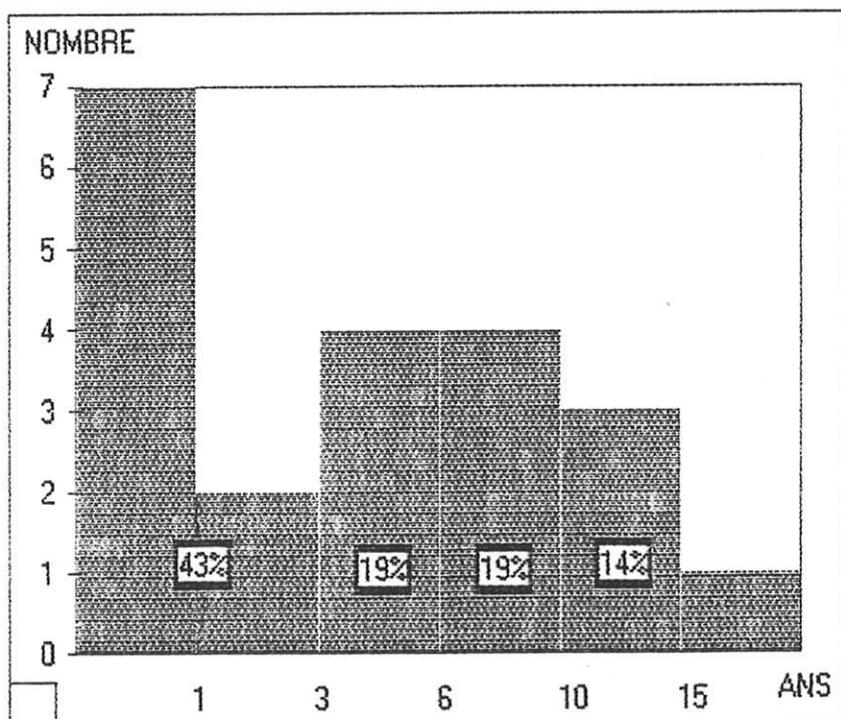
E - Age :

---> Données :

Nous avons tenté de savoir s'il y avait un âge où l'enfant est plus sujet au phénomène de maltraitance ou tout au moins si les généralistes observent plus d'enfants maltraités dans une catégorie d'âge.

Dans l'histogramme suivant, il ne faut pas considérer la surface, mais uniquement le nombre en ordonnée en fonction des tranches d'âge en abscisse.

Histogramme n° 7



Age de découverte des sévices

histogramme n° 7

---> Analyse :

On voit d'abord la prédominance des enfants maltraités de moins d'un an qui représentent 33 % de l'ensemble des cas et si on y ajoute les 1 à 3 ans, le chiffre passe à 43 % alors que les données de l'A.S.E. de la Haute-Vienne en 1992 montrent seulement 29,9 % (68). Ceci tendrait à prouver que les médecins seraient plus aptes à diagnostiquer la maltraitance chez les très jeunes, c'est-à-dire à la période la plus délicate.

Il est également à noter que pour tous les auteurs, ce drame de la maltraitance sous-estimé dans son ensemble, l'est plus encore pour les nourrissons qui sont, dans toutes les études épidémiologiques, les plus touchés (44).

Ainsi, LEMERLE, en 1990, avançait les chiffres de 80 % de moins de 3 ans et 40 % de moins d'un an (40). Dans cette optique, devant l'importance du phénomène un consensus américain suggère que toutes les fractures chez les moins d'un an soient considérées comme fortement suspectes de maltraitance et nécessitent une enquête plus poussée pour infirmer ou confirmer les sévices (64).

On note ensuite, que le nombre de cas diminue après 10 ans et plus encore au-delà de 15 ans, le diagnostic étant fait le plus souvent bien avant. En effet, parmi 4 enfants maltraités de plus de 10 ans, 3 subissaient des violences sexuelles et cela depuis moins d'un an, ne pouvant donc pas être diagnostiquées beaucoup plus tôt.

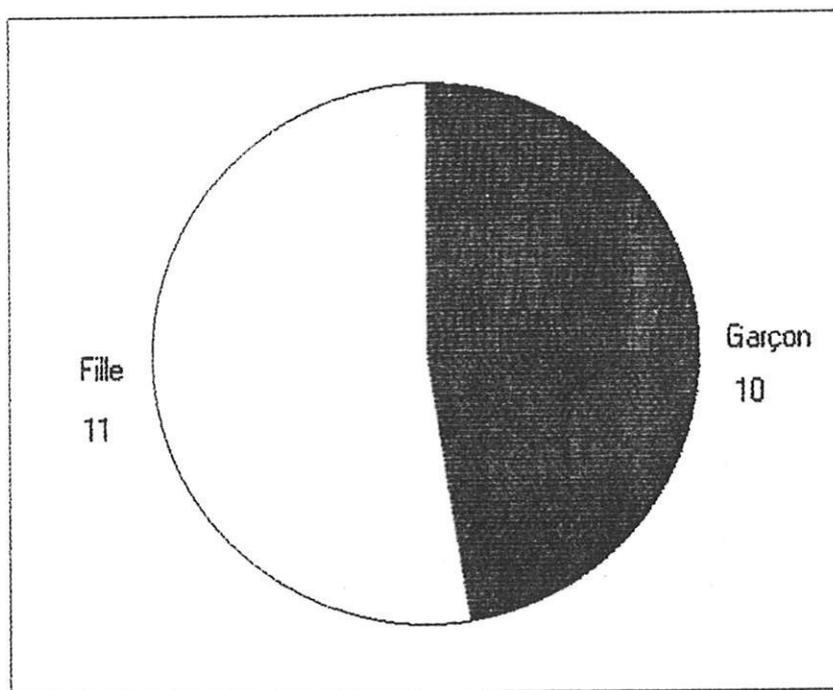
Ceci ne veut pas dire que les violences sexuelles ne sont observées que chez les plus de 10 ans et moins encore que la découverte est faite rapidement ; mais signifie que dans cette catégorie d'âge, la maltraitance sexuelle a une place prépondérante et que les autres types sont bien souvent diagnostiqués plus jeunes.

F - Sexe :

---> Données :

Nous avons tenté de savoir si la maltraitance pouvait être influencée par le sexe de l'enfant subissant des sévices.

Graphique n° 8



Sexe des enfants maltraités

graphique n° 8

---> Analyse :

Les chiffres de notre étude avec 47,6 % de garçons parmi les enfants maltraités confirment ceux de l'A.S.E. de Haute-Vienne qui, en 1992, donnaient pour répartition 48,5 % du sexe masculin et donc 51,5 % de filles, et ceux de l'A.S.E. de Corrèze, qui en 1994, ne montraient pas de différence significative (67, 68).

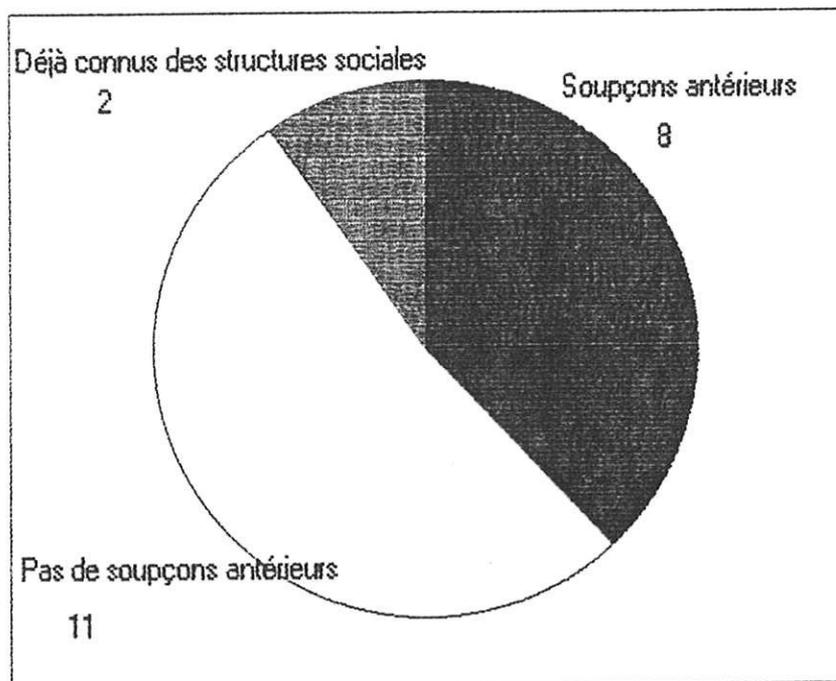
L'analyse des appels téléphoniques signalant les mauvais traitements donnait 47 % de garçons parmi les maltraités, confirmant ainsi que la maltraitance n'est pas l'apanage de l'un ou l'autre sexe (22).

G - Antécédents de maltraitance et soupçons :

---> Données :

Il est toujours difficile de déterminer une date à partir de laquelle des soupçons quant à la maltraitance ont pu être fondés. Cependant, nous avons essayé, en interrogeant les médecins, de connaître les événements antérieurs considérés comme annonciateurs d'éventuels sévices.

Graphique n° 9



Antécédents et soupçons

graphique n° 9

---> Analyse :

On note tout d'abord que dans 38 % des cas, il existait des soupçons antérieurs et qu'il y a donc eu un délai avant la confirmation. Ce retard de diagnostic dans un aussi grand nombre de cas montre bien la difficulté de prouver la maltraitance, condition essentielle à la déclaration pour les médecins généralistes.

Dans les 11 cas (52,4 %) où aucun soupçon n'existait, nous ne pouvons affirmer qu'il s'agit d'une maltraitance de novo dans seulement 2 cas, laissant présager là encore des délais entre les premiers faits et la découverte, pour bien des enfants maltraités.

Par ailleurs, le fait que 2 jeunes maltraités soient déjà connus des structures sociales, doit sensibiliser les médecins à être attentifs même lorsque les enfants sont suivis après un signalement. Une réévaluation régulière pour ceux-ci est nécessaire et chaque décision prise ne doit pas être définitive, les généralistes devant jouer un rôle dans le suivi.

H - L'enfant maltraité et sa fratrie :

---> Données :

Nous avons essayé de savoir si la maltraitance était un phénomène isolé au sein d'une fratrie, argument en faveur de la notion d'enfant-cible, ou si celui-ci appartient à une famille de jeunes maltraités.

Tableau n° 10

Enfants sans Fratrie		Enfants avec Fratrie		
		élevée par une Tierce personne	non maltraitée	maltraitée
8	1	8	4	
38%	5%	38%	19%	

Maltraitance dans la fratrie

tableau n° 10

---> Analyse :

On observe la maltraitance aussi bien chez les enfants uniques que ceux ayant une fratrie.

Mais le plus intéressant à noter est que parmi les 12 enfants vivant au milieu de frères et soeurs, 8 d'entre eux sont maltraités alors que leur fratrie ne l'est pas, soit 66,7%.

Ces chiffres sont en faveur de l'existence d'enfant-cible. Ce terme a été donné par de nombreux auteurs, tant médecin que personnel social, tentant de définir un profil de l'enfant maltraité et trouver une cause expliquant la maltraitance.

En effet, un certain nombre de facteurs rapportés à l'enfant sont souvent retrouvés dans ce drame et qui, s'ils ne sont pas absolus ni infaillibles, doivent alerter.

Ainsi, une étude de l'A.S.E. à l'échelon national, a révélé que 20% des maltraités étaient d'anciens prématurés. Ceci est expliqué par des difficultés d'investissement de la mère, observées également en cas de placements précoces ou de bébés présentant un handicap. D'autre part, à la naissance, l'enfant réel va être confronté à celui imaginaire idéalisé, aussi bien sur le plan physique que comportemental. Il peut également être marqué par un événement, rendu ainsi responsable d'un deuil ou d'une séparation, ou encore rappeler le conjoint parti.

Il faut être cependant prudent, savoir nuancer cette notion et ne pas oublier que tout enfant peut être maltraité, même si on ne trouve aucune cause (52).

I - Le syndrome post-viol :

---> Données :

Il est évident que toute maltraitance représente une agression psychique qui ne reste pas sans conséquences sur la personnalité encore non formée des enfants (20).

Dans ce même ordre d'idée, une étude du CNRS révélait que le nombre des maladies et surtout celles à modalité psychique était davantage corrélé au vécu dans l'enfance qu'au statut social adulte (7).

Cependant, l'agression sexuelle, transgression de l'interdit et touchant la partie la plus intime et fragile de chaque individu, est certainement la plus destructurante (50).

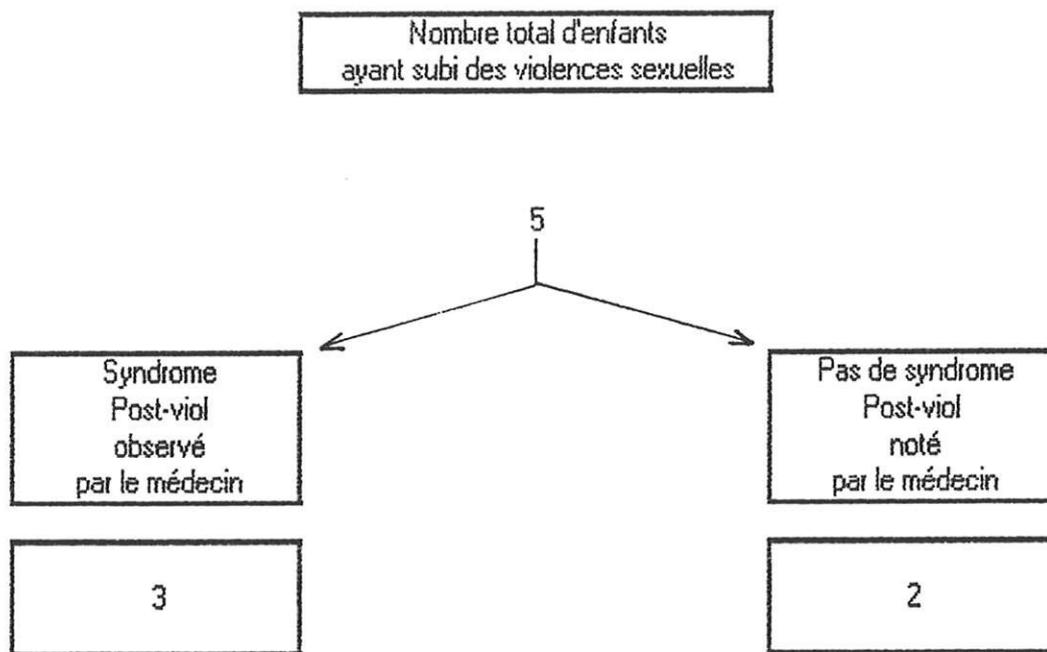
Ainsi, une étude américaine (34) portant sur 38 patients présentant un premier épisode psychotique a révélé que 20 d'entre eux avaient été victimes de violences sexuelles.

Des travaux français ont montré qu'à long terme, les agressions sexuelles entraînaient une augmentation des hospitalisations pour dépression (18 %) avec des attitudes d'auto-destruction dans 51 % des cas, et d'importantes difficultés sexuelles. Ceux-ci ont également mis en évidence des effets sur la vie psychique et sociale à court terme : troubles du sommeil, de l'alimentation, de la sexualité, dépressions, problèmes scolaires et relationnels (15).

Ce volet correspond à un syndrome post-viol qu'il est intéressant de connaître car il peut permettre un diagnostic précoce.

Dans cette optique, nous avons questionné les généralistes ayant eu des patients victimes de violences sexuelles afin de noter si ce syndrome était une réalité évidente permettant la découverte des sévices sexuels.

Tableau n° 11



Séviées sexuels et syndrome post-viol

tableau n° 11

---> Analyse :

Ces chiffres confirment donc l'existence du syndrome post-viol qui a pu être observé par les médecins généralistes, et doit les inciter à rester vigilants devant toute modification du comportement et des relations sociales chez un enfant.

Il est cependant à noter que dans 40 % des cas, le généraliste n'a pas observé de troubles psychiques ou relationnels, et donc que la notion de syndrome post-viol, si elle peut servir au diagnostic, ne doit pas faire oublier que tout enfant est susceptible d'être victime de sévices.

J - Le milieu social et la maltraitance :

---> Données :

Nous avons tenté de classer les enfants maltraités dans les 4 types de maltraitance définis précédemment, soit :

- * physique,
- * sexuelle,
- * morale,
- * négligence.

Nous voulions ainsi voir les différentes prévalences et déterminer si un type de maltraitance sensibilisait davantage les médecins généralistes.

Par ailleurs, nous avons séparé les cas en fonction du milieu socio-professionnel afin de noter s'il existe une corrélation entre celui-ci et les différents modes de mauvais traitements.

Signalons, tout d'abord que 3 enfants subissaient plusieurs types de maltraitance de façon évidente.

Tableau n° 12

		Type de maltraitance				
		Physique	Sexuel	Moral	Négligence	total
Milieu socio-professionnel						
Bas		9	3	2	7	21
Moyen		1	0	0	0	1
Elevé		0	2	0	0	2
Total		10	5	2	7	24

Type de maltraitance en fonction du milieu socio - professionnel

tableau n° 12

---> Analyse :

La première conclusion qui nous vient à l'esprit en voyant ce tableau, c'est que la maltraitance est surtout l'apanage du milieu socio-professionnel bas.

En fait, il n'en est rien et même si toutes les études font ressortir le rôle des mauvaises conditions de vie, du chômage, de la promiscuité et de l'alcoolisme dans la genèse de la maltraitance, tous s'accordent à dire que les enfants maltraités existent aussi dans les milieux aisés et que les chiffres ne sont que le reflet de la difficulté à entrer dans ces familles et à percer le secret de ce drame (31).

En effet, tout leur permet de dissimuler celui-ci : leur isolement par rapport au voisinage, leur niveau intellectuel les rendant plus méfiants et plus ingénieux dans l'élaboration d'explications, mais aussi leur rôle dans la société les mettant "au-dessus de tout soupçon".

Nous observons ensuite la nette prédominance de la maltraitance physique : 41,7 %, correspondant sensiblement aux données de l'O.D.A.S. pour 1994, qui accordait 43 % à ce type de sévices. Les violences sexuelles et les négligences lourdes représentent, les premières un peu moins d' 1/4 des cas, les secondes un peu plus, et la cruauté morale environ 8 %, chiffres comparables à ceux de l'O.D.A.S. au niveau national (51).

Mais ces données reflètent les cas déclarés et donc diagnostiqués. Il est bien évident que les sévices physiques sont les plus faciles à découvrir et que les violences sexuelles affirmées impliquent le plus souvent une déclaration. Ainsi les négligences et la cruauté mentale sont, certainement, encore plus sous-estimées.

On peut donc conclure que les généralistes ne sont pas plus sensibilisés pour un type de maltraitance et que leur position professionnelle leur permet de les observer tous.

En comparant dans notre étude la corrélation entre le niveau socio-professionnel et les divers modes de sévices, on note que la violence sexuelle est présente dans les milieux sociaux pauvres, comme aisés et dans des proportions semblables.

Pour ce type de maltraitance, on a encore essayé de définir le portrait de l'agresseur. Mais si le plus souvent il s'agit d'un homme à la personnalité psychopathique, instable et intolérant à toute frustration, évoluant dans une famille vivant en autarcie et sur laquelle il règne ; l'agresseur peut être une femme dont les attouchements lors du bain représentent un rituel, peut appartenir à une institution "recommandable" donc insoupçonnée (36), ou présenter une pathologie mentale.

Cette diversité est retrouvée dans nos cas où environ la moitié des agresseurs proviennent de milieux aisés, et où l'on note des pères ou substituts paternels régnant sur une cellule familiale, et d'autres vivant en dehors n'ayant donc pas d'emprise sur le reste de la famille.

On note donc que le médecin généraliste, même s'il observe tous les milieux socio-professionnels, diagnostique plus de maltraitance dans les niveaux sociaux défavorisés.

K - L'auteur de la maltraitance :

---> Données :

Nous avons tenté de connaître l'auteur de la maltraitance, même si dans bien des cas l'autre parent, par sa complicité ou son désir de ne rien voir, est en quelque sorte maltraitant lui aussi. Il est bien difficile de savoir la part d'ignorance de l'entourage familial et du conjoint.

Dans le même ordre d'idée, l'A.S.E. de Haute-Vienne a effectué une étude sur les cas faisant l'objet d'un deuxième signalement durant l'année 1992. Il en ressort que dans 30 % des cas un second auteur est désigné en plus de celui signalé la première fois.

Nous avons donc établi une classification en fonction des cas où la culpabilité est certaine.

Tableau n° 13

Père ou Substitut	Mère	Frère
		?
8	4	1
Les 2 parents 7		

Auteur de la maltraitance

tableau n° 13

---> Analyse :

Dans un cas, l'auteur n'a pu être identifié, rendant très possible la complicité entre les deux parents. Ces derniers sont directement et de façon certaine impliqués ensemble dans 1/3 des maltraitances : il s'agit alors de négligences lourdes.

Nous observons ensuite que le père ou son substitut est désigné comme l'auteur des sévices deux fois plus souvent que la mère. Il est cependant difficile d'en conclure que celui-ci est responsable de la plupart des cas de maltraitance ; notre échantillon d'étude ne pouvant être considéré comme représentatif de l'ensemble de la population et tout le monde s'accordant à dire que les statistiques faites dans ce domaine ne sont qu'indicatives et approximatives. Les chiffres de l'A.S.E. sur ce même thème pour l'année 1992 montrent d'ailleurs des proportions inversées.

Est-ce à dire que les médecins généralistes diagnostiquent plus facilement les cas où le père est désigné comme l'auteur, ce d'autant qu'ils sont plus graves ? En effet dans notre étude, le père ou le tuteur est responsable de 4 violences sexuelles et de 2 actes de maltraitances physiques graves mettant en jeu le pronostic vital.

L - Facteurs de risque ayant pu avoir une influence sur la maltraitance :

---> Données :

Pour prévenir la maltraitance, les auteurs ont souvent cherché des explications soit d'ordre social, soit en tentant d'établir un portrait robot du maltraitant ou du maltraité, l'enfant-cible dont nous avons déjà parlé.

Même si tout jeune peut subir des sévices et que l'auteur de ceux-ci peut être "monsieur ou madame Tout-Le-Monde", on peut relever des facteurs socio-comportementaux retrouvés dans un grand nombre de cas. Par ailleurs, certains parents donnent une explication à leur acte.

Nous avons ainsi établi un tableau dans lequel ont été notées les particularités du maltraitant, du maltraité ou des conditions sociales mises en évidence par la plupart des études (52, 58) et retrouvées dans nos cas. Il peut bien sûr y avoir plusieurs réponses pour la même famille.

Tableau n° 14

Facteurs concernant l'enfant				Facteurs concernant le maltraitant			facteurs sociaux	
Turbulent	Malformé	Non désiré	Pleurs	Troubles Psychiatriques	Alcoolotoxico	Parent abandonné par le conjoint	Chômage	Très bas niveau social
1	0	0	1	11	5	1	5	9

Facteurs influençant la maltraitance

tableau n° 14

---> Analyse :

On note tout d'abord que dans seulement 2 cas, soit moins de 10%, des facteurs concernant l'enfant ont pu être relevés. L'auteur du sévice s'est justifié en impliquant l'enfant une fois parce qu'il était turbulent, l'autre fois car il ne supportait plus ses pleurs. Ainsi, dans la grande majorité des cas, les parents n'ont pas d'explication à leur acte et n'essayent pas de reporter la culpabilité sur leur progéniture. Ceci relativise la notion d'enfant-cible.

En ce qui concerne le maltraitant, dans plus de la moitié des cas, le médecin a noté des troubles psychiatriques allant de la personnalité border-line avec rigidité, immaturité, impulsivité décrit par A. PRODGERS, à la schizophrénie, la psychopathie et la névrose.

L'intoxication alcoolique ou par des drogues est présente dans environ $\frac{1}{4}$ des cas et toujours corrélée à des situations sociales médiocres : chômage dans $\frac{1}{4}$ des foyers et très bas niveau social avec une précarité des conditions de vie dans 42,9 %.

Il ressort donc de notre étude que les médecins généralistes ont diagnostiqué la maltraitance essentiellement au sein de milieux défavorisés et dans lesquels on retrouve, en ce qui concerne l'auteur du sévice, la notion de trouble psychiatrique ou d'intoxication alcoolique fréquente.

Même si ceci corrobore les données de nombreux auteurs comme nous l'avons observé précédemment, il convient d'être prudent, de ne pas tirer de conclusion trop restrictive et d'être vigilant quel que soit le milieu social.

En effet, $\frac{1}{3}$ des familles où un enfant était maltraité n'était pas au niveau du seuil de pauvreté et 3 d'entre elles appartenaient à des niveaux socio-professionnels moyens voire élevés.

Enfin, par manque de données, nous n'avons pu vérifier dans notre étude, une autre notion importante, celle de "Pseudo-hérédité" qui tend à dire que les enfants maltraités deviennent des parents maltraitants.

**M - Attitude du médecin généraliste : Hospitalisation et
Déclaration :**

---> Données :

Nous avons répertorié les attitudes des médecins de notre étude afin de déterminer les procédures auxquelles ils avaient recours et mettre en évidence la part de l'hospitalisation et celle de la déclaration. Nous avons également inventorié les différentes personnes auprès desquelles a été fait le signalement.

Bien évidemment, dans quelques cas, l'hospitalisation a accompagné une déclaration.

Tableau n° 15

Attitude du médecin généraliste	Hospita- lisation	Déclaration					Ni Déclaration Ni Hospitalisation
		Procureur	Juge des enfants	Médecin de P.M.I	Assistante Sociale	Médecin de la DDASS	
Nombre de cas	12	1	4	1	3	1	1

Démarches du médecin

tableau n° 15

---> Analyse :

On note ainsi qu'une déclaration n'est faite que dans 10 cas, soit 47,6%, par le généraliste et aux instances judiciaires dans seulement la moitié.

Ceci montre que les médecins libéraux ont peu l'attitude de la déclaration et que dans les cas où ils l'ont, ils ne font pas forcément appel aux autorités juridiques. Ils signalent alors la maltraitance observée à leur confrère de la PMI ou de la DDASS, ou à des assistantes sociales qui devront à leur tour déclencher une procédure aux autorités compétentes, Juge et Procureur, afin de protéger l'enfant.

Faut-il rattacher cette attitude à une ignorance du fonctionnement ou, comme dans la majorité des cas non déclarés, à une crainte du signalement aux instances judiciaires, sans certitude diagnostique ?

Dans cette même suite d'idées, les travaux des américains , WARNER et HANSEN (65), révélaient que la première cause de non déclaration était le manque de preuve absolue et le risque de faire de faux signalements. Les mêmes auteurs préconisent donc d'hospitaliser les enfants afin d'établir les faits réels tout en protégeant les victimes de sévices.

Les données de notre étude, avec plus de la moitié des enfants maltraités hospitalisés, semblent confirmer que l'attitude des généralistes va dans ce sens.

Il est cependant difficile de conclure que ce défaut de déclaration est en rapport direct avec le manque d'élément diagnostique pour chacun des cas.

D'autres facteurs, telle la crainte d'être désignés comme un délateur, n'entrent-ils pas en jeu ?

Dans une revue française (61), le Professeur MAZET affirme le rôle essentiel des médecins de famille dans le dépistage de la maltraitance et rappelle son obligation légale de signaler les faits au Procureur de la République.

Il ajoute enfin que si l'hospitalisation de l'enfant n'est pas une fin en soi, elle doit être envisagée pour éclaircir la situation au moindre doute de maltraitance et à chaque fois qu'un jeune est en danger.

N - Corrélation entre Hospitalisation et Déclaration :

---> Données :

Nous avons essayé de déterminer si l'hospitalisation était une alternative à la déclaration ou si ces deux attitudes étaient complémentaires.

Tableau n° 16

	Cas où l'enfant est hospitalisé	Cas où l'enfant n'est pas hospitalisé
Déclaration aux instances judiciaires par le médecin généraliste	2	3
Déclaration par le médecin hospitalier	8	0
Déclaration par d'autres	0	5
Pas de déclaration	2	1

Corrélation entre hospitalisation et déclaration

tableau n° 16

---> Analyse :

Il ressort de ce tableau, que la déclaration par le généraliste aux autorités judiciaires n'est pas corrélée à la gravité du sévice puisque dans 3 cas, la situation de l'enfant n'a pas nécessité son hospitalisation et dans 2 cas il l'a fait hospitaliser.

Ces chiffres nous amènent à penser également que la déclaration et l'hospitalisation sont deux attitudes bien distinctes ; cependant, le fait que parmi les 10 enfants hospitalisés pour lesquels le médecin traitant n'a pas fait de signalement, seulement 2 cas n'ont pas abouti à des procédures de déclaration, nous laisse supposer que l'hôpital peut être un moyen de secours et de facilité pour le généraliste.

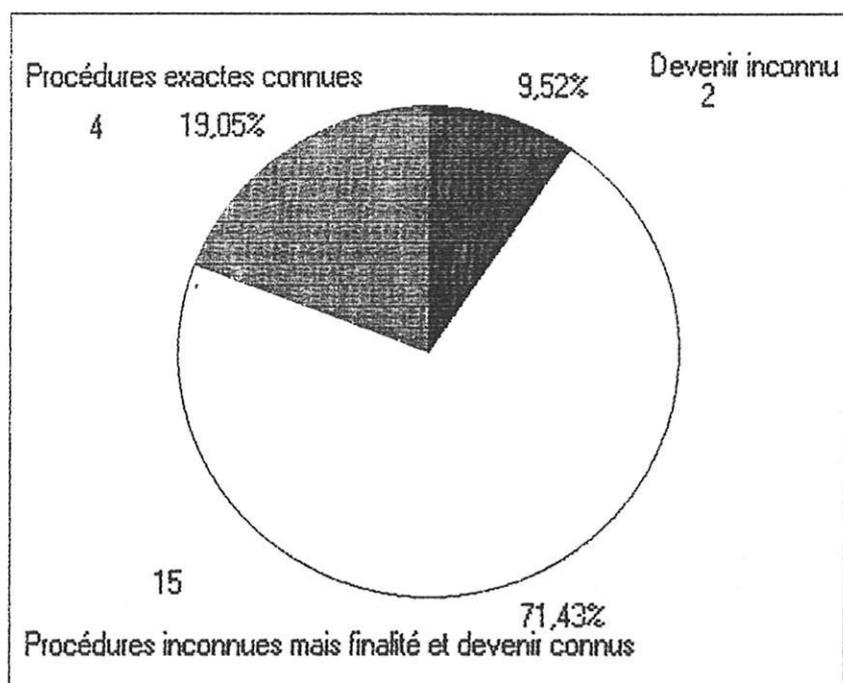
O - Connaissance des procédures en faveur de l'enfant et de son devenir, par le généraliste :

---> Données :

Nous avons voulu savoir si les médecins généralistes étaient au courant des procédures exactes, qu'elles soient judiciaires ou de protection sociale, concernant leurs jeunes patients maltraités, s'ils connaissaient leur devenir, sans précisions des mesures prises, ou s'ils ignoraient totalement ce qu'il était advenu d'eux.

Ceci dans le but de tenter de déterminer leur connaissance et leur relation avec les autres structures de protection de l'enfant.

Tableau n° 17



Connaissance des procédures et du devenir de l'enfant

graphique n° 17

---> Analyse :

Il est intéressant de noter que rares sont les cas où l'avenir de l'enfant n'est pas connu par le médecin traitant : il s'agissait en fait d'un enfant dont la famille a déménagé dans un autre département, et d'un autre jeune qui était en vacances au moment des faits.

Par ailleurs, dans une grande majorité, presque $\frac{3}{4}$ des enfants ayant subi des sévices, même si le généraliste s'est soucié du devenir de l'enfant, il n'a jamais eu connaissance des mesures de protection prises, ni même des possibilités d'aide existantes pour les jeunes maltraités.

On observe donc un manque d'échange entre les instances judiciaires et sociales, et les médecins qui, pour la plupart, semblent ignorer les modalités de protection des enfants.

P - La Déclaration par rapport au suivi de l'enfant :

---> Données :

Le but est de déterminer si la découverte de la maltraitance avait abouti à une modification du suivi et notamment une rupture des relations entre le médecin traitant et l'entourage de l'enfant subissant des sévices.

Tableau n° 18

Après / Avant	Première consultation ou visite	Suivi régulièrement
Suivi	0	11
Non Suivi	3	6

Influence de la déclaration sur le suivi de l'enfant

tableau n° 18

---> Analyse :

On remarque que les données de ce tableau nous donnent seulement 20 enfants, car un des jeunes maltraités n'était déjà plus suivi par le médecin au moment des faits et de la déclaration.

On note ensuite que pour plus de la moitié (52,4 %), il n'y a pas eu de rupture du point de vue médical. Si on ne tient pas compte des 3 patients de novo et celui non suivi au moment de la maltraitance, le chiffre passe à 65 %.

Il est également intéressant de savoir que, parmi les 5 cas dont les généralistes ont fait eux-mêmes la déclaration aux instances judiciaires, 2 gardent le même médecin traitant.

On peut donc conclure d'une part que la déclaration d'une maltraitance ne s'accompagne pas forcément et pas majoritairement d'une perte du patient, d'autre part que le généraliste a un rôle important à jouer dans le suivi des familles continuant à lui accorder leur confiance.

Q - Devenir de l'enfant :

---> Données :

Nous rappelons que si les mesures exactes prises pour la protection de l'enfant ne sont que rarement connues des médecins généralistes, le devenir de l'enfant lui l'est.

Nous avons donc pu classer les conséquences socio-judiciaires mais sous des étiquettes peu précises. Ainsi, pour ce qui est du suivi social, nous n'avons pu déterminer la part des A.E.M.O., des enquêtes sociales et autres mesures.

Tableau n° 19

Suivi Social	Retrait au parent maltraitant		Enfant placé
	Permanent	Temporairement	
6	4	2	6

Devenir de l'enfant

tableau n° 19

---> Analyse :

Nous notons tout d'abord que nous n'avons dans les données que 18 enfants, le devenir de 2 étant complètement inconnu et les procédures mises en jeu pour un troisième étant déterminées mais le jugement non rendu.

Nous observons ensuite une proportion identique de 33 % entre les enfants bénéficiant d'un suivi social, ceux retirés au parent maltraitant et ceux placés. Or, une étude statistique de 1980 à 1991 sur la région de Limoges, portant sur 3 113 mineurs pris en charge dans le cadre de l'Assistance Educative, montrait que l'enfant était retiré et confié à un autre parent dans 7,13 % et placé dans un établissement dans 15,16 % (5).

Ceci nous amène donc à penser que les cas diagnostiqués par les généralistes, en aboutissant plus fréquemment à de telles mesures, sont les problèmes de maltraitance les plus graves.

Ainsi, le médecin de famille, malgré sa position privilégiée, ne semble pas plus sensibilisé aux problèmes de maltraitance "moins dramatiques", mais nécessitant un suivi social et des mesures de prévention ; au contraire l'analyse de ces chiffres nous fait conclure qu'ils ne font bien souvent le diagnostic que dans les cas flagrants, nous ramenant à la notion de déclaration synonyme de certitude.

R - Conséquences pour le maltraitant :

---> Données :

Nous venons de voir l'importance des retraits et placements. Même si ces procédures ont des conséquences importantes pour le maltraitant, il ne faut pas oublier qu'elles sont décidées, non pas pour punir l'auteur du sévice, mais protéger l'enfant maltraité.

Nous nous sommes donc attachés aux mesures plus personnelles du parent maltraitant.

Tableau n° 20

Décision judiciaire d'incarcération	Projet Thérapeutique
3	0

Conséquences pour le maltraitant

tableau n° 20

---> Analyse :

Ces chiffres peu importants reflètent sinon le désintéressement, au moins l'ignorance des généralistes en ce qui concerne les décisions prises à l'encontre des auteurs des sévices. Seuls les cas d'emprisonnement ont pu être certifiés. Il s'agit d'un cas de viol, d'un autre de violences sexuelles sans pénétration et d'une maltraitance physique.

Il a été demandé aux médecins si des projets thérapeutiques ont été entrepris ; et même si les réponses sont restées souvent incertaines, il semble qu'aucun cas, y compris pour les violences sexuelles, ne se soit accompagné de telles mesures.

La France, malgré le développement récent de mesures thérapeutiques à l'encontre des auteurs de sévices sexuels, paraît en retard dans ce domaine, en comparaison avec les U.S.A, le Canada, ou encore la Belgique et la Suède qui ont cautionné l'accroissement des psychothérapies familiales ou de groupes à la fois pour l'enfant et l'abuseur (24). Le programme québécois s'inscrit ainsi dans une optique thérapeutique pour toute la structure familiale (41). Si dans notre pays, de telles actions ont du mal à s'organiser, cela ne vient-il pas du problème de prise en charge initiale ou tout du moins celui-ci ne rend-il pas les choses plus difficiles à la base ? Le généraliste, en tant que médecin de famille a peut-être alors un rôle à jouer.

V - CONCLUSION

La maltraitance est un drame auquel l'ensemble de la population semble sensibilisée ; les différents journaux, reportages télévisés et moyens de prévention y ont contribué et la faveur accordée au numéro vert téléphonique dont le nombre d'appels s'est accru, en est le témoin.

Ces dernières années, de nombreuses mesures sociales et juridiques ont été prises pour les enfants maltraités, mais il reste encore beaucoup à faire et notamment en ce qui concerne les médecins généralistes.

Ainsi nous avons vu que malgré leur place privilégiée par rapport à la cellule familiale et leur possibilité d'entrer au coeur du foyer et de l'environnement, les médecins de famille n'étaient à l'origine que d'un petit nombre de signalements et souvent les cas les plus graves. La plupart du temps, la déclaration n'est réalisée que lorsque le diagnostic de sévices est certain.

Autre obstacle à la déclaration, l'aspect dénonciateur du signalement, terme repris par les lois, et qui représente une image péjorative.

D'autre part, même si la loi autorise la levée du secret professionnel pour les cas de maltraitance, le serment d'Hippocrate stipule encore : "Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés...", d'où l'ambiguïté.

Par ailleurs, malgré le décret du 9 décembre 1991 imposant la formation de tous les professionnels pouvant être confrontés à la maltraitance, des lacunes sur les connaissances des moyens à mettre en oeuvre par les généralistes paraissent exister et ceci en rapport, entre autre, avec un manque de réactualisation au sein d'une formation continue.

Une autre question importante soulevée par les professionnels est le problème de relation entre les structures médicales, sociales et judiciaires. Une collaboration plus étroite serait souhaitable et permettrait certainement, en rompant l'isolement du déclarant, un abord et une plus grande facilité de signalement des maltraitances.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - **ADAMS J.A., HARPER. K, KNUDSON S., REVILLA J.**
Examination findings in legally confirmed child
sexual abuse : it's normal to be normal.
Pediatrics 1994 ; 94, 3 : 310 - 317.

- 2 - **ARIES P.**
L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime
Seuil 1973.

- 3 - **BEAUBERT M., CHAZELAS S., DELPI M., FERNANDEZ J.,
GALLIOT M.P., SAUTIVET O., RAFEUIL S.,
FAVARD - DRILLAUD A.M.**
La notion de danger en travail social.
Association Limousine de Sauvegarde de l'Enfance
et de l'Adolescence 1988.

- 4 - **BENAYOUN S.**
L'inceste : signes d'appel, conduite à tenir.
Impact médecin 1994 ; 234 : 5 - 7.

- 5 - **BENKHALFALLAH S.**
Enfance maltraitée : maintien de l'enfant et évolution familiale.
Mémoire du diplôme d'Assistante Sociale de la Croix Rouge
Française d'Isle 1993.

- 6 - **BROWN GR., RUNYAN DK.**
Diagnosing Child Maltreatment.
N.C. Med. J. 1994 ; 55, 9 : 404 - 408.

7 - BRUET-FERREOL C.

A enfant malheureux adulte vulnérable.
Panorama du Médecin 1994 ; 4068 : 13.

8 - CAFFEY J.

Multiple fractures in long bones of infants suffering from
chronic subdural hematome.
Amer. J. Roentgenol 1946 ; 56 : 163 - 188.

9 - CAFFEY J.

Infantile cortical hyperostosis
J. Pediatric 1946 ; 29 : 541.

10 - CAFFEY J.

Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury
to children.
Pediatrics 1965 ; 67 : 1008 - 1014.

11 - CHESNET P.

Brésil : le massacre des innocents.
Impact médecin 1994 ; 218 : 88 - 93.

**12 - CHEVRANT-BRETON O., LE BOHEC J., ROUSSEY M.,
ERNOULT B.**

L'agression sexuelle sur enfant.
Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur.
Ellipses 1994 ; 1 : 91 - 109.

**13 - COODY D., BROWN M., MONTGOMERY D., FLYNN A.,
YETMAN R.**

Shaken baby syndrome : identification and prevention for
nurse practitioners.
J. Pediatr. Health. Care 1994 ; 8, 2 : 50 - 56.

14 - DELTAGLIA L.

La réparation.

L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 15 :
483 - 495.

15 - DESPERT F.

Epidémiologie et conséquences des abus sexuels chez l'enfant.

Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur.

Ellipses 1994 ; 1 : 114 - 119.

16 - DE VIEIL E.

Grande-Bretagne : campagne contre le syndrome des enfants
secoués.

Le Quotidien du Médecin 1995 ; 5631 : 36.

17 - DEVLIN BK., REYNOLDS E.

Child abuse, how to recognize it, how to intervene.

Am. J. Nurs. 1994 ; 94, 3 : 26 - 31.

18 - DIAMOND P., HANSEN CM., CHRISTOFERSEN MR.

Child abuse presenting as a thoracolumbar spinal fracture
dislocation : a case report.

Pediatr. Emerg. Care 1994 ; 10, 2 : 83 - 86.

19 - DUBOWITZ H.

Medical Neglect : What can physicians do ?

Md. Med. J. 1994 ; 43, 4 : 337 - 341.

20 - ENGELS ML., MOISAN D.

The Psychological Maltreatment Inventory : development of a
measure of psychological maltreatment in childhood for use in
adult clinical settings.

Psychol. Rep. 1994 ; 74, 2 : 595 - 604.

- 21 - **FONTANA VJ., DONOVAN D., WANG RJ.**
The maltreatment syndrome in children.
New Engl. J. Med. 1963 ; 26 : 1389 - 1394.
- 22 - **GABEL M.**
Evaluation administrative.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 18 :
543 - 563.
- 23 - **GABEL M.**
La protection de l'enfance en France.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 9 :
289 - 309.
- 24 - **GABEL M., GACHON C., GIRODET D., MANCIAUX M.,
MIGNOT C., ROUYER M.**
Les prises en charge.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 14 :
437 - 481.
- 25 - **GABEL M., MANCIAUX M.**
La formation.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 17 :
533 - 542.
- 26 - **GABEL M., MANCIAUX M., GIRODET D., LEFEUVRE E.
MIGNOT C.**
Professionnels et structures concernés.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 10 :
311 - 359.

27 - GARNIER M.

L'inceste : aspects juridiques.
Impact médecin 1994 ; 234 : 11 - 12.

28 - GHERCHANOC F.

L'exposition des nouveau-nés dans le monde grec.
Mémoire de maîtrise. Université de Paris I, Sorbonne 6, 1989.

29 - GIRODET D.

Eléments cliniques et démarche diagnostique.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 5 :
165 - 204.

30 - GIRODET D.

La prévention.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 16 :
497 - 531.

31 - GIRODET D., LEFEUVRE E.

Bilan d'orientation.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 13 :
415 - 435.

32 - GOUSSAULT B.

La place de l'Enfant dans la famille et dans la société
d'aujourd'hui.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie 1993 ; 2 :
65 - 84.

33 - GRATEAU M.T.

La prise en charge sociale de l'enfant agressé.
Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur.
Ellipses 1994 ; 1 : 110 - 113.

- 34 - **GREENFIELD SF., STRAKOWSKI SM., TOHEN M. -
BATSON SC., KOLBRENER ML.**
Childhood abuse in first episode psychosis.
Br. J. Psychiatry 1994 ; 164, 6 : 831 - 834.
- 35 - **HAMON H., BRUEL A., CURIEL S.**
Protection judiciaire : fondements et pratiques.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie.1993 ; 12 :
377 - 413.
- 36 - **JONAS C.**
L'entretien avec l'enfant victime d'abus sexuel :
aspects psychologiques.
Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur.
Ellipses 1994 ; 1 : 120 - 126.
- 37 - **KEMPE CH., SILVERMAN FN., STEELE BF.,
DROEVEMVELLER W., SILVER HK.**
The Battered child syndrome.
J. Amer. Med. Assoc. 1961 ; 181 : 17 - 24.
- 38 - **KOUPERNIK C.**
Enfances saccagées.
Le Concours Médical 1995 : 633.
- 39 - **LATOURE F., KURZ C.**
Enfants maltraités : le poids du silence.
Impact médecin 1993 ; 188 : 6 - 11.

40 - LEMERLE S.

Santé Publique de Pédiatrie : Conduite à tenir devant
abandon, sévices à enfant.

Encyclopédie de l'étudiant en médecine.

Medsi/Mc Graw-Hill 1990 ; 1 : 37 - 45.

41 - LOMELET C.

Inceste et loi du silence.

Mémoire de diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé. 1991.

42 - LOPEZ G.

L'inceste : généralités.

Impact médecin 1994 ; 234 : 4.

43 - MANCIAUX M.

Professionnels, institutions et procédures : essai d'évaluations
institutionnelle et fonctionnelle.

L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 20 :
585 - 609.

44 - MANCIAUX M., GABEL M.

Essai de définition. Intérêt et limites de l'épidémiologie.

L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 4 :
135 - 161.

**45 - MANCIAUX M., ROUYER M., GABEL M., GIRODET D.,
MIGNOT C.**

Réflexions prospectives à la lumière de l'expérience, de la
recherche, de la loi et de l'éthique.

L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 21 :
611 - 637.

46 - MIGNOT C.

La place et le sort de l'enfant dans la société, de l'Ancien Régime à nos jours.

L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie 1993 ; 1 : 27 - 63.

47 - MIGNOT C., MANCIAUX M.

Evaluation à terme : le devenir des enfants maltraités.

L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 19 : 565 - 583.

48 - MORO MR., NICOLADZE R., PRIQUELER G.

Perspectives transculturelles.

L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie 1993 ; 3 : 85 - 133.

49 - NEIMANN N., RABOUILLE D.

Les enfants victimes de sévices.

Revue du Praticien 1969 ; 19, 27 : 3879 - 3888.

50 - PIFFAUT-FILIZZOLA G.

L'inceste : conséquences psychologiques à long terme.

Impact médecin 1994 ; 234 : 8 - 11.

51 - RICHARD A.

Enfance en danger : des chiffres en augmentation en France.

Panorama du Médecin. 1995 ; 4202 : 3.

52 - ROUYER M.

Psychopathologie de la maltraitance.

L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 6 : 205 - 231.

- 53 - ROUYER M., GIRODET D.**
Abus sexuels.
L'enfant maltraité. Ed. Fleurus Psycho-Pédagogie. 1993 ; 7 :
233 - 262.
- 54 - SILVERMAN F.N.**
Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in
infants.
Amer. J. Roentgenol 1953 ; 69 : 413 - 417.
- 55 - SILVERMAN F.N.**
Unrecognized trauma in infants.
The battered child syndrome and the syndrome of Ambroise
Tardieu.
Radiology 1972 ; 2 : 104.
- 56 - SINAL SH.**
Sexual abuse of children and adolescents.
South. Med. J. 1994 ; 87, 12 : 1242 - 1258.
- 57 - SMITH K., KILLIAN P.**
Munchausen syndrome by proxy.
MCN. AM. J. Matern. Child. Nurs. 1994 ; 19, 4 : 214 - 221.
- 58 - STRAUS P.**
Les enfants maltraités.
Pédiatrie. Neuropsychiatrie SIMEP 1984 ; 3 : 624 - 630.
- 59- STRAUS P., KREISLER L.**
Le jeune enfant brutalisé.
Gaz. Méd. Fr. 1972 ; 79, 14 : 2313 - 2326.

60 - STRAUS P., MANCIAUX M.

Les enfants victimes de sévices.
Pédiatrie sociale.
Flammarion Médecine/Sciences. 1977 : 554 - 560.

61 - SZAPIRO N.

Maltraitance : le dépistage revient au généraliste.
Panorama du Médecin 1994 ; 3942 : 2.

62 - TARDIEU A.

Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements
exercés sur les enfants.
Ann. hyg. 1860 ; 13 : 361.

**63 - TILDEN VP., SCHMIDT TA., LIMANDRI BJ., CHIODO GT.
GARLAND MJ. - LOVELESS PA.**

Factors that influence clinicians' Assessment and
Management of family violence.
Am. J. Public. Health. 1994 ; 84, 4 : 628 - 633.

64 - WALKER A., CHERNOFF R., JOFFE A., WILSON ME.

Child abuse, sudden infant death syndrome, infectious disease
and vaccinations.
Curr. Opin. Pediatr. 1994 ; 6, 2 : 225 - 231.

65 - WARNER JE., HANSEN DJ.

The identification and reporting of physical abuse by physician :
a review and implication.
Child. Abuse. Negl. 1994 ; 18, 1 : 11 - 25.

BIBLIOGRAPHIE

- 66 - **Amnesty International**
La lettre 1995.
- 67 - **Aide Sociale à l'Enfance de la Corrèze**
- 68 - **Aide Sociale à l'Enfance de la Haute-Vienne**
- 69 - **Bible**
- 70 - **Code Civil**
- 71 - **Code de Déontologie**
- 72 - **Code Pénal**
- 73 - **Code de la Santé**
- 74 - **GRUYER F. - FADIER-NISSE M. - SABOURIN P.**
La violence impensable.
Nathan 1991.
- 75 - **JADE V.**
Bébé bleu.
Albin Michel 1993.
- 76 - **MILLER A.**
Abattre le mur du silence.
Aubier 1991.

77 - **Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS).**

Constats et recommandations. 1993.

76 - **RUSSEL L.**

Le silence des coups.

Fayard 1993.

SIGLES

A.E.M.O.	Action Educative en Milieu Ouvert
A.S.E.	Aide Sociale à l'Enfance
C.N.R.S.	Centre National de la Recherche Scientifique
D.D.A.S.S.	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
D.I.S.S.D.	Direction des Intervention Sociales et de la Solidarité Départementale
O.D.A.S.	Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée
P.M.I.	Protection Maternelle et Infantile

SOMMAIRE

	Pages
I - INTRODUCTION.....	11
1 - Définition	12
2 - But de notre étude.....	16
II - HISTORIQUE	17
1 - Socio-culturel et juridique	18
2 - Médical	21
III - LA PROTECTION DE L'ENFANT :	
ASPECTS JURIDIQUES ET ADMINISTRATIFS	22
1 - Quelques lois	23
2 - Les garants de la protection de l'enfant	26
A - Le système judiciaire	26
a - Le Procureur de la République	26
b - Le Juge des Enfants	26
B - Le système médico-social et administratif	27
a - Le service social polyvalent de secteur	27
b - Le Service de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.)	28
c - L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)	28
3 - Les mesures de protection	30
A - L'action éducative en milieu ouvert (A.E.M.O.)	30
B - Le placement	31
C - La déchéance d'autorité parentale	31
IV - ETUDE DE NOS CAS	33
1 - Matériel et méthode	34
A - Statistiques	34
B - Déroulement de notre étude	35
2 - Les résultats	37
A - Nombre de cas par médecin généraliste	37

B - Milieu : urbain ou rural ?	40
C - Découverte de la maltraitante : par qui ?	44
D - Moment de la découverte :	
visite et consultation	47
E - Age	51
F - Sexe	54
G - Antécédents de maltraitance et soupçons	57
H - L'enfant maltraité et sa fratrie	60
I - Le syndrome post-viol	63
J - Le milieu social et la maltraitance	66
K - L'auteur de la maltraitance	70
L - Facteurs de risque ayant pu avoir une influence sur la maltraitance	73
M - Attitude du médecin généraliste :	
Hospitalisation et Déclaration	76
N - Corrélation entre Hospitalisation et Déclaration	79
O - Connaissance des procédures en faveur de l'enfant et de son devenir par le médecin généraliste	82
P - La déclaration et ses conséquences sur le suivi de l'enfant	85
Q - Devenir de l'enfant	88
R - Conséquences pour le maltraitant	91
V - CONCLUSION	94
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	96
BIBLIOGRAPHIE	106
SIGLES	108
SOMMAIRE	109
TABLEAUX ET DIAGRAMMES.....	111

TABLEAUX et DIAGRAMMES

	Pages
n° 1 - Nombre de cas par médecin généraliste	38
n° 2 - Milieu de découverte en fonction du médecin	41
n° 3 - Milieu de découverte en fonction des enfants	42
n° 4 - Personnes à l'origine de la découverte	45
n° 5 - Moment du diagnostic	48
n° 6 - Moment de la découverte par le médecin généraliste	49
n° 7 - Age de découverte des sévices	52
n° 8 - Sexe des enfants maltraités	55
n° 9 - Antécédents et soupçons	58
n° 10 - Maltraitance dans la fratrie	61
n° 11 - Sévices sexuels et syndrome post-viol	64
n° 12 - Type de maltraitance en fonction du milieu socio-professionnel	67
n° 13 - Auteur de la maltraitance	71
n° 14 - Facteurs influençant la maltraitance	74
n° 15 - Démarches du médecin	77
n° 16 - Corrélation entre Hospitalisation et Déclaration	80
n° 17 - Connaissance des procédures et du devenir de l'enfant	83
n° 18 - Influence de la Déclaration sur le suivi de l'enfant	86
n° 19 - Devenir de l'enfant	89
n° 20 - Conséquences pour le maltraitant	92

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 86

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

GUILLON (Cyril). — Etude locale du comportement des médecins généralistes vis-à-vis de l'enfance maltraitée. — 112 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1995).

RESUME :

L'enfance maltraitée est un sujet qui concerne tout le monde.

Sa définition n'est pas aisée, les modes les plus difficiles à vérifier que sont la cruauté mentale et la négligence étant trop souvent oubliés et donc sous-estimés par rapport aux deux autres modes de maltraitance donnés aussi par l'ODAS que sont la violence physique et les sévices sexuels.

Il existe dans notre société deux systèmes agissant pour la protection de l'enfant : l'un reposant sur les services sociaux, l'autre sur l'appareil judiciaire prenant des mesures dans l'intérêt de l'enfant.

Le généraliste, comme tout citoyen, se doit de déclarer toute maltraitance, mais de par sa position privilégiée comme médecin de famille, il a un rôle essentiel à tenir tant dans le signalement que dans le suivi.

Les chiffres semblent ne pas aller dans ce sens et beaucoup de progrès sont à faire, aussi bien dans le domaine des échanges avec les autres professionnels que celui de la réactualisation des connaissances.

MOTS-CLES :

- Enfance maltraitée.
- Généraliste.

JURY : Président : Monsieur le Professeur DE LUMLEY-WOODYEAR.
Juges : Monsieur le Professeur DUMONT.
Monsieur le Professeur GAROUX.
Monsieur le Professeur MOULIN.
Membres invités : Monsieur LHOMME.
Monsieur le Docteur VIGUE.