

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 1996



THESE N° 14/1

**LA MALTRAITANCE DES JEUNES ENFANTS
DE ZERO A SIX ANS.
PREVENTION ET PRISE EN CHARGE
(A propos d'un cas)**

THESE

POUR LE

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

présentée et soutenue publiquement le 23 Avril 1996

par

Florence NANDILLON
épouse GIRARD

née le 29 Décembre 1962 à Châteauroux (Indre)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur L. DE LUMLEY-WOODYEAR PRESIDENT
Monsieur le Professeur R. GAROUX JUGE
Monsieur le Professeur D. MOULIES JUGE
Monsieur le Professeur C. PIVA JUGE



UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1996

THESE N° 114

**La Maltraitance des jeunes enfants de zéro à six ans :
Prévention et prise en charge (à propos d'un cas)**

THESE

Pour le

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

Présentée et soutenue publiquement le 23 avril 1996

Par

Florence NANDILLON épouse GIRARD

Née le 29 Décembre 1962 à Châteauroux (Indre)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur L. DE LUMLEY WOODYEAR
Monsieur le Professeur R. GAROUX
Monsieur le Professeur D. MOULIES
Monsieur le Professeur C. PIVA

PRESIDENT
JUGE
JUGE
JUGE

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 (C.S)	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 CARDIOLOGIE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
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	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
 GAROUX Roger (C.S)
 GASTINNE Hervé
 GAY Roger (C.S)
 GERMOUTY Jean
 HUGON Jacques
 LABROUSSE Claude (C.S)
 LABROUSSE François
 LASKAR Marc (C.S)
 LAUBIE Bernard (C.S)
 LEGER Jean-Marie (C.S)
 LEROUX-ROBERT Claude (C.S)
 LIOZON Frédéric
 MELLONI Boris
 MENIER Robert (C.S)
 MERLE Louis
 MOREAU Jean-Jacques (C.S)
 MOULIES Dominique
 NATHAN-DENIZOT Nathalie
 OUTREQUIN Gérard
 PECOUT Claude (C.S)
 PERDRISOT Rémy
 PILLEGAND Bernard (C.S)
 PIVA Claude (C.S)
 PRALORAN Vincent (C.S)
 RAVON Robert (C.S)
 RIGAUD Michel
 ROUSSEAU Jacques (C.S)
 SAUTEREAU Denis
 SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
 TABASTE Jean-Louis
 TREVES Richard (C.S)
 TUBIANA-MATHIEU Nicole
 VALLAT Jean-Michel
 VALLEIX Denis
 VANDROUX Jean-Claude (C.S)
 VIDAL Elisabeth (C.S)
 WEINBRECK Pierre

CHIRURGIE DIGESTIVE
 PEDOPSYCHIATRIE
 REANIMATION MEDICALE
 REANIMATION MEDICALE
 PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
 HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
 REEDUCATION FONCTIONNELLE
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
 PSYCHIATRIE D'ADULTES
 NEPHROLOGIE
 CLINIQUE MEDICALE A
 PNEUMOLOGIE
 PHYSIOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 ANATOMIE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE
 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
 NEUROCHIRURGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
 THERAPEUTIQUE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 MEDECINE INTERNE
 MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

MOULIN Jean-Louis

3^{ème} CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

* C.S = Chef de Service

A notre Président.

Monsieur le Professeur L. DE LUMLEY WOODYEAR

Professeur des Universités de pédiatrie.

Médecin des hôpitaux.

Chef de service.

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'être
président de thèse et su nous faire profiter de
votre savoir.*

Nous vous en exprimons notre gratitude.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur R. GAROUX

Professeur des universités de Pédiopsychiatrie.

Psychiatre des hôpitaux.

Chef de service.

*Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury
de soutenance.*

Soyez en remercié.

Monsieur le Professeur D. MOULIES.

Professeur des universités de chirurgie infantile.

Chirurgien des hôpitaux.

*Nous avons été sensible à l'attention que vous
avez bien voulu porter à ce mémoire.*

Nous vous en remercions.

Monsieur le Professeur C. PIVA

Professeur des universités de Médecine Légale.

Médecin des hôpitaux.

Chef de service.

Doyen de la faculté de Médecine

*Nous vous remercions de votre présence au sein de
ce jury et vous assurons de notre profond respect.*

A Madame le Substitut du Procureur.

Vous avez su nous faire profiter de vos connaissances.

Votre accueil a été chaleureux et nous y avons été sensible.

Votre aide nous a permis de réaliser concrètement ce travail.

Soyez en remerciée.

A notre époux

A Marie et Pierre-Jacques.

Zui out, si souvent, en rêves, secouru Cendrillon

A Paul-François.

Puisque « Personne ne garde un secret comme un enfant »

A nos parents.

Pour leur immense respect de la personne humaine et leur inconditionnel amour des enfants. Ils sont la raison de notre passion pour la médecine et du sujet de notre mémoire

A nos soeurs.

Toujours présentes par leurs conseils et si souvent mises à l'épreuve pour notre thèse...

A nos amis, Betty et Patrick

Pour leur investissement spontané et chaleureux dans ce travail

Et à tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à ce travail

Qu'ils en soient tous ici sincèrement remerciés

1. - HISTORIQUE

1.1. - EVOLUTION DE L'ATTENTION PORTEE AUX ENFANTS A TRAVERS L'HISTOIRE DE L'HOMME

1.1.1. *De la Préhistoire au Moyen Age*

1.1.2. *Du Moyen Age au XVIII^{ème} siècle*

1.2. - APPARITION D'UNE NOTION DE DROIT DE L'ENFANT

1.2.1. *La Révolution Française*

1.2.2. *Le travail des enfants et les châtiments corporels*

1.2.3. *Notion de protection des enfants maltraités*

1.2.4. *La santé de l'enfant*

1.3. - INDIVIDUALISATION DU SYNDROME DE L'ENFANT MALTRAITE

1.3.1. *De 1929 à 1945*

1.3.2. *De 1945 à 1960*

1.3.3. *L'importance des années 1960 à 1970*

1.3.4. *Les années 1980*

1.3.5. *Les années 1990*

1.3.6. *Conclusion*

2. - CAS CLINIQUE

2.1. - PÉRIODE DU 4 JUIN 1983 AU 20 JUILLET 1983

2.1.1. *Prise en charge par le médecin traitant : le Docteur G.*

2.1.2. *Prise en charge par le service des Urgences Accueil de Montluçon*

2.1.3. *Suivi au sein du service de Pédiatrie de Montluçon*

2.1.4. *Interventions des acteurs judiciaires et sociaux*

2.2. - PÉRIODE DU 21 JUILLET 1983 AU 4 MARS 1985

2.2.1. *Magalie, sa famille d'accueil et ses parents*

2.2.2. *Consultations et hospitalisations lors du suivi dans le Service de Pédiatrie de Montluçon*

2.2.3. *Suivi du médecin traitant*

2.2.4. *Aides apportées aux parents de Magalie*

2.3. PERIODE DU 5 MARS 1985 AU 9 MARS 1995

2.3.1. *Le travail de l'équipe de P.M.I.*

2.3.2. *Consultations au sein du service de pédiatrie de Montluçon*

2.3.3. *Evolution et devenir de Magalie*

3. - COMMENTAIRE : SUR L'OBSERVATION

3.1. - L'HISTOIRE DE MAGALIE

3.2. - L'HISTOIRE DU COUPLE

3.2.1. *Monsieur L.*

3.2.2. *Madame L.*

3.3. - LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA FAMILLE

3.4. - EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DANS CETTE SITUATION DE MAL-TRAITANCE

3.4.1. *Conditions de la grossesse*

3.4.2. *Facteurs propres à l'enfant*

3.4.3. *Facteurs liés à l'environnement socioculturel*

3.5. - DYNAMIQUE DE LA MALTRAITANCE

3.6. - EVOLUTION DES RELATIONS MERE/FILLE

4. - LA MALTRAITANCE : DISCUSSION

4.1. - LES DIFFICULTES DE DEFINITION

4.1.1. *Enfant victime de mauvais traitements*

4.1.2. *Enfant en danger*

4.1.3. *Enfant en souffrance*

4.2. - FREQUENCE

4.2.1. *L'estimation des données.*

- 4.2.2. *Les enfants en danger.*
- 4.2.3. *L'intervention de la justice*
- 4.2.4. *Les classifications des cas de maltraitance*
 - 4.2.4.A - Nature de la maltraitance en France en 1993
 - 4.2.4.B - Nature de la maltraitance en France en 1994
- 4.2.5. *Les abus sexuels*
 - 4.2.5.A - Qui sont les victimes :
 - 4.2.5.B - Quel est l'âge des victimes
 - 4.2.5.C - Qui sont les agresseurs
- 4.2.6. *Conclusion*

4.3. - SIGNES CLINIQUES PERMETTANT D'APPREHENDER UNE SITUATION DE MAL-TRAITANCE.

- 4.3.1. *Lésions traumatiques*
 - 4.3.1.A - Les lésions tégumentaires
 - 4.3.1.A - a) - Les ecchymoses et hématomes.
 - 4.3.1.A - b) - Les plaies
 - 4.3.1.A - c) - L'alopécie
 - 4.3.1.A - d) - Les brûlures
 - 4.3.1.B - Les fractures
 - 4.3.1.B - a) - Chez le nourrisson
 - 4.3.1.B - b) - Chez l'enfant plus grand
 - 4.3.1.B - c) - A tous les âges, sont retrouvées :
 - 4.3.1.C - Autres lésions
 - 4.3.1.C - a) - L'hématome sous dural :
 - 4.3.1.C - b) - Les lésions oculaires
 - 4.3.1.C - c) - Les lésions otologiques
 - 4.3.1.C - d) - Les lésions viscérales
 - 4.3.1.D - Le "syndrome du bébé secoué"
- 4.3.2. *Symptômes témoins de carences, de négligences ou de cruauté mentale*
 - 4.3.2.A - Troubles de l'état général.
 - 4.3.2.B - Les retards psychomoteurs.
 - 4.3.2.C - Les troubles du comportement.
 - 4.3.2.C - a) - Chez le nourrisson
 - 4.3.2.C - b) - Chez l'enfant plus âgé
 - 4.3.2.C - c) - Cas particuliers
- 4.3.3. *Le Décès*

4.4. - OBLIGATIONS LÉGALES.

- 4.4.1. *La loi*
- 4.4.2. *L'évaluation - le signalement*
 - 4.4.2.A - Le rôle du médecin
 - 4.4.2.B - L'évaluation
 - 4.4.2.C - Le signalement
- 4.4.3. *Prise en charge*
 - 4.4.3.A - Protection administrative
 - 4.4.3.B - Protection judiciaire
 - 4.4.3.C - Le rôle des associations

5. - PREVENTION

5.1. - EVALUATION DES INDICATEURS DE RISQUES

- 5.1.1. *Les clignotants d'alerte*
 - 5.1.1.A - Période prénatale
 - 5.1.1.B - Séjour en maternité
 - 5.1.1.C - Retour à la maison
 - 5.1.1.D - Fin de congé de maternité
 - 5.1.1.E - Hospitalisation de l'enfant
- 5.1.2. *Les conditions de risque*
 - 5.1.2.A - Les enfants à risque
 - 5.1.2.B - Familles à risque
 - 5.1.2.C - Périodes à risque
- 5.1.3. *Conclusion*

5.2. - LES DIFFERENTS AXES DE PREVENTION

5.2.1. Prévention primaire

5.2.1.A - Elle fait appel à des mesures générales :

5.2.1.B - Plus spécifiques

5.2.1.C - Les maternités

5.2.1.D - "Le médecin de famille"

5.2.1.E - L'école

5.2.1.F - Les systèmes annexes :

5.2.1.G - Cas particulier : les abus sexuels

5.2.1.G - a) - Information des enfants

5.2.1.G - b) - Pédagogie

5.2.1.G - c) - Formation initiale et continue

5.2.1.G - d) - Sensibilisation du grand public.

*5.2.2. Prévention secondaire**5.2.3. Prévention tertiaire**5.2.4. Conclusion***5.3. - LA PRÉVENTION EN CREUSE***5.3.1. Généralités**5.3.2. Les Associations*

5.3.2.A - L'A.E.C.J.F.

5.3.2.B - Le Comité Alexis Danan

5.3.3. La Justice

5.3.3.A - Le Ministère Public

5.3.3.A - a) - Attributions civiles

5.3.3.A - b) - Attributions pénales

5.3.3.B - Le Juge des Enfants

INTRODUCTION GENERALE

L'enfant maltraité se définit comme un enfant victime de violences physiques, de cruauté mentale ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. Cette définition tente de regrouper les différents aspects actuels de la maltraitance à enfants.

1989 a vu naître une loi relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, officialisant ainsi un état de fait responsable d'une mortalité non négligeable d'enfants. Parce qu'un médecin "ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes" nous ne pouvions rester insensible à cette volonté étatique de participer à la prise en charge et à la prévention des mineurs maltraités, et ceci sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire. Néanmoins, l'attention portée à cette situation nous a interpellé sur les points suivants :

- en quoi la maltraitance des enfants est-elle un réel problème pour notre société ?

- quels sont les moyens dont dispose le médecin pour appréhender une situation de maltraitance et y faire face ?

Pour illustrer notre propos, nous avons choisi l'histoire de **Magalie** car elle permet de bien cerner la prise en charge puis la prévention de la maltraitance grâce à un suivi de l'enfant et de sa famille, s'étendant sur une période de douze ans.

Le premier chapitre brosse le tableau historique de la maltraitance des jeunes enfants au cours des siècles. Il permet d'expliquer le besoin pour notre société de légiférer sur un phénomène qui a existé de tout temps.

Le second chapitre retrace l'observation médicale de Magalie et montre la nécessité devant laquelle se sont trouvés les médecins de faire appel à la Justice d'une part et aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance d'autre part.

Le troisième chapitre étudie les mécanismes de la maltraitance et leurs imbrications dans le cas de Magalie.

Dans un quatrième chapitre, nous avons regroupé l'ensemble des définitions médicales, sociales et juridiques permettant de préciser ce nouveau concept de maltraitance à enfant.

Un dernier chapitre essaie de poser les bases de la prévention à partir des données cliniques et statistiques disponibles. Il décrit aussi la mise en place de ce dispositif au sein des différents corps de métiers concernés.

Par ce travail, nous espérons montrer que la maltraitance des jeunes enfants de 0 à 6 ans pourrait être mieux évaluée grâce à la sensibilisation des professionnels de santé, de la justice et des affaires sociales.

D'autre part, nous voulons confirmer que sa prise en charge nécessite, pour l'ensemble de ces professionnels, une volonté commune à travailler de concert.

1. - HISTORIQUE

*« O charme des antiques berceuses
qui réchauffe le coeur et la voix,
charme des très vieilles romances
imprégnées des parfums d'autrefois
j'y retrouve toute mon enfance
et tous ces jeux et tous ces émois... » Lépsoë*

Combien d'enfants à travers les siècles, ont pu goûter ces joies rapportées par cet auteur Norvégien ?

1.1. - EVOLUTION DE L'ATTENTION PORTEE AUX ENFANTS A TRAVERS L'HISTOIRE DE L'HOMME

1.1.1. De la Préhistoire au Moyen Age

Aussi loin que l'on remonte et grâce aux travaux des archéologues, l'enfance semble avant tout marquée par une mortalité importante. En parcourant les écrits des historiens, des médecins, des philosophes ou des écrivains nous constatons que l'attention portée aux enfants va évoluer à travers les siècles et que cette mortalité va s'infléchir.

A **Tautavel**, les fouilles du préhistorien **Henry de Lumley** (1971) ont montré que 40 % des fossiles humains retrouvés étaient ceux d'enfants ; sans qu'il leur ait été fait une quelconque sépulture.

Etat de fait qui se modifie quelques 120 000 ans avant notre ère ; puisque même si cette mortalité semble aussi importante, cette fois-ci de nombreuses sépultures d'enfants sont retrouvées. Ces dernières sont riches d'objets familiers (silex tenu entre les doigts) et de bijoux (coquillages, colliers, bracelets) et l'on retrouve à proximité, des débris qui tendent à confirmer l'existence de repas funéraires. (38).

Ces éléments ont tendance à prouver que les enfants, loin d'être considérés comme des petits animaux, étaient respectés dans les sociétés primitives.

Vers la fin de l'âge de pierre, la trépanation des enfants est pratiquée (25), mais il est bien difficile d'affirmer les indications de telles pratiques : rites religieux ? pratiques médicales ?

Dans l'antiquité, infanticide et exposition (c'est-à-dire, abandon sur un lieu public) étaient chose courante. Même s'ils concernaient surtout les nouveau-nés mal formés ou anormaux, nombre de filles subissaient le même sort. (17)

A l'inverse, dans l'Égypte antique, de multiples traces attestent de l'intérêt porté à l'enfant : sculptures, peintures représentant des femmes allaitant, ou tenant des nourrissons.

Au XVI^e siècle avant Jésus-Christ, le Papyrus **Ebers** fait état de formules de remèdes pour calmer les multiples maux des enfants, et donne les premières notions de pathologie pédiatrique (25). **Hippocrate** (46 à 377 avant Jésus Christ.), dans le « corpus Hippocratique » fait plus de deux cents allusions d'intérêt pédiatrique. Certaines idées, sont encore répandues de nos jours. Ainsi « toute maladie qui se prolonge et ne disparaît pas chez le garçon vers l'âge de 15 ou 16 ans et chez la fille, à l'apparition des règles, persistera à vie ».

Soranus d'Ephèse (117-98 avant Jésus Christ.), traite à travers vingt trois chapitres des soins du nouveau-nés et de la nourrice, ainsi que de la pathologie du premier âge. Après **Soranus** et jusqu'à la période moderne, les soins du nourrisson et son traitement lorsqu'il est malade seront aux mains des sages-femmes puis des obstétriciens. (25)

De même chez les hébreux, les soins à donner aux nouveau-nés sont rapportés par la Bible (21) ; et le Talmud codifie l'éducation des enfants et évoque un certain nombre de pathologie.(notamment l'hémophilie contre-indication formelle à la circoncision). Les détails abondent sur l'allaitement naturel et artificiel, le choix de la nourrice néonatale.

Il semble bien que dans ces deux civilisations, l'enfant prenne sa place en tant que membre à part entière de la famille et donc de la société.

La très forte mortalité périnatale explique sans doute en partie le détachement avec lequel on considérait alors les nouveau-nés. Ainsi, les lois romaines, quant à elles, autorisaient l'infanticide et donnaient au père un droit illimité sur ses enfants (17). Lois qui vont s'exporter avec les conquêtes de César et s'implanter en Gaule en l'an 670.

Ainsi l'histoire de **Ste Odile** : Contrarié dans son désir d'avoir un fils, le **duc Adalric**, son père, n'a qu'une envie, égorger sa fille, Odile, à peine née et aveugle de surcroît. Ste Odile (patronne des Alsaciens) ne doit la vie sauve qu'à une nourrice dévouée qui l'emporte vers une retraite sûre (38).

1.1.2. Du Moyen Age au XVIII^{ème} siècle

L'abandon d'enfant était tout aussi fréquent, de même qu'il était de pratique courante pour des parents de vendre leurs enfants sur des foires.

Face à ces situations, l'état oppose la loi salique (qui condamne l'infanticide) et l'Eglise recommande aux curés de recueillir les enfants abandonnés (Conciles de Vaison en 442 et d'Arles en 542) (38).

Mais invasions barbares, épidémies (peste), famines et guerres ne font que grossir les rangs des orphelins et des enfants abandonnés ; les chiffres de mortalité infantile sont bien loin de pouvoir baisser dans ces conditions.

Aussi, et à mesure que l'influence chrétienne s'affirme en Europe, on voit s'organiser une oeuvre d'assistance exemplaire visant à lutter contre les abandons d'enfants, cette pratique étant assimilée à un meurtre dès le IV^{ème} siècle. En 787, à Milan, l'archevêque **Datheus** fonde la première institution pour enfants trouvés, les mères désirant abandonner leur enfant y étaient accueillies avant même la naissance. Les enfants y étaient élevés jusqu'à l'âge de 7 ans. Par la suite on trouvera de semblables institutions à Sienna (832) Padoux (1000) Montpellier (1070) Marseille (1199)...(25). Et en 1363, les hospitaliers de St-Esprit créent le premier hôpital d'enfants (17).

Quelques écrits tentent de modifier certaines traditions préjudiciables aux enfants : **Pierre des Gros** fustige les mères qui abandonnent à des nourrices le soin d'élever leurs enfants, **Barthélémy l'Anglais** conseille un emmaillotement adapté au nouveau né, **Aldobrandino de Sienna** recommande aux nourrices de donner au moins deux bains par jour aux jeunes enfants (38).

L'Eglise, quant à elle, condamne vigoureusement l'exposition, l'avortement et l'infanticide. Elle interdit aux parents de faire dormir leurs enfants dans le même lit qu'eux. Cette pratique étant responsable d'un nombre non négligeable de mort par étouffement.

L'enfant étant, selon la morale chrétienne, une « créature de Dieu », commence alors à apparaître l'idée des devoirs du père envers ses enfants. Et cette période du XII^e siècle voit supprimer le droit de mort du père sur son enfant, car « il ne peut détruire ce qui a été créé par Dieu » (4). (ILLUSTRATION 1)

Mais devant la misère du plus grand nombre, il a fallu tolérer l'abandon pour restreindre l'infanticide.

Néanmoins le flot d'enfants abandonnés n'a fait que grossir au fil des ans, les parents, souvent très pauvres, n'avaient pas assez de ressources pour nourrir leur nombreuse progéniture. Les quelques mesures prises jusqu'au XVIII^e siècle et concernant essentiellement les enfants abandonnés, consistaient à placer les enfants en nourrice ou dans les asiles (où ils étaient mélangés aux adultes et sans qu'il leur soit accordé une attention spécifique à leur âge). (44)

Le placement en nourrice, lorsqu'il était le fait des parents, revêtait souvent la forme d'un abandon déguisé. Il prend d'ailleurs des proportions énormes entre le XIII^{ème} et le XVIII^{ème} siècle et donne lieu à l'ouverture de "bureaux de placement en nourrice". D'abord le fait des couches les plus besogneuses de la société, il gagne les couches les plus aristocratiques ; à un point tel, que, pratiquement tout nouveau-né était placé en nourrice.

Or ce phénomène favorisait à lui seul la mortalité infantile pour deux raisons :

- Les enfants placés : les nourrices ne recevaient souvent qu'un salaire de misère et prenaient donc plusieurs enfants en plus des leurs. Elles étaient trop souvent épuisées par leurs autres tâches quotidiennes pour assurer des conditions de vie et de surveillance correctes à ces enfants. De toute façon, la plupart du temps, les pa-

rents ne cherchaient même pas à prendre des nouvelles de leur enfant. Ainsi **Talleyrand** fut confié à une nourrice sitôt la cérémonie de son baptême terminée et y demeura quatre ans sans voir ses parents et sans que ceux-ci cherchent à s'enquérir de ses conditions de vie. Ils ignorèrent donc l'accident dont fut victime leur fils et de l'infirmité qui en découla. (4)

- Les enfants des nourrices : pour gagner quelques sous ces dernières délaissaient leurs propres nourrissons les privants de lait et de soins maternels à une époque où ceux-ci représentent pour eux une plus grande chance de survie. (4)



Les orphelins de stands
lors de leur arrivée   Morat en 1798 . Albert Fuhrer

En 1638, **Saint Vincent de Paul** fonde l'oeuvre des Enfants-Trouvés et introduit dans la mémoire collective française la réalité inhumaine de l'enfance abandonnée. Son institution recueillait les enfants abandonnés et les enfants issus de familles indigentes. Il a su résoudre partiellement les problèmes financiers de fonctionnement en faisant appel aux dames de la bourgeoisie. (40) Surtout, il posa, avec une remarquable prescience, certains principes fondamentaux de lutte contre la mortalité infantile. Dans l'hôpital des enfants trouvés, il s'efforça de faire appliquer rigoureusement les notions d'hygiène alors connues : il tenta de lutter contre la contagion en séparant, dès leur arrivée, les enfants supposés sains et les enfants malades. Il s'efforça surtout de garder les enfants le moins longtemps possible à l'intérieur de cette collectivité meurtrière en les plaçant rapidement en nourrice à la campagne pour qu'ils y bénéficient non seulement d'un relatif isolement mais surtout de la seule alimentation considérée comme irremplaçable : l'allaitement au sein. (43)

Philippe Ariès dans son "histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie" montre que dès le XVI^{ème} siècle apparaît la prise en compte de la spécificité de l'enfant. Ce sentiment de l'enfance semble être né chez les femmes des classes dominantes. (4)

Dès le début du XVII^{ème} siècle, les adultes modifient leur conception de l'enfance et lui accordent une attention nouvelle. **J.J. Rousseau** avec « l'Emile » s'oppose farouchement à l'allaitement mercenaire et condamne sans appel le maillot. Le Docteur **J.P. Franck** s'intéresse quant à lui à l'hygiène scolaire ; ses conseils visent à l'âge de la scolarisation, la durée des cours, de la nécessité d'un sommeil suffisant, de l'hygiène des salles de classe, des punitions corporelles. (25)

Néanmoins, ces modifications de mentalité sont longues à s'établir et les abandons de nouveau-né passent de 5 000 enfants en 1765 à 67 000 en 1809 et à 121 000 en 1835 pour les seuls enfants recueillis à Paris. (44)

1.2. - APPARITION D'UNE NOTION DE DROIT DE L'ENFANT

"Pourtant, Gavroche avait un père et une mère, mais son père ne songeait pas à lui et sa mère ne l'aimait point. C'était un de ces enfants digne de pitié entre tous, qui ont père et mère et qui sont orphelins.

Les Misérables -Victor Hugo.

La négligence, autre forme d'abandon que subissaient parfois les enfants qui avaient "échappé" à l'infanticide, l'exposition ou le placement en nourrice... La rue était devenue leur lieu de vie. C'est l'enfant vagabond par excellence. (ILLUSTRATION 2)

1.2.1. La Révolution Française

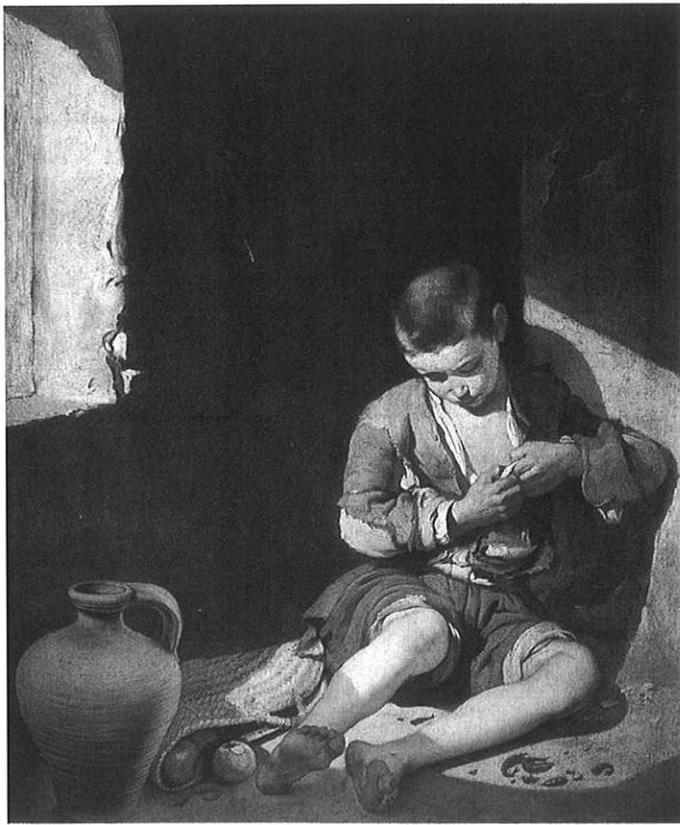
Elle va modifier totalement la nature de l'assistance qui n'appartiendra plus seulement au domaine de la charité mais deviendra un devoir de justice sociale. **L'Assistance Publique est née.** (20)

En 1788, fut créé le premier hôpital des Enfants-Malades. Ce fut le premier hôpital au sens actuel du terme où étaient soignés les enfants malades éparpillés auparavant dans les asiles ou les hôpitaux d'adultes. Les pédiatres sont alors confrontés aux problèmes découlant de la concentration d'un grand nombre d'enfants malades et de leur séparation du milieu familial. Sont alors décrits : l'hospitalisme infectieux et l'hospitalisme psychologique. Ces constatations inciteront les pédiatres à raccourcir la durée du séjour à l'hôpital, à hospitaliser la mère avec l'enfant, à autoriser les visites de façon libérale, de remplacer dans la mesure du possible, l'hôpital par l'hôpital de jour ou l'hospitalisation à domicile. (25)

Une loi de 1793 introduit l'attribution de "Secours de la Nation" aux parents dont le produit du travail ne permet pas de satisfaire aux besoins de leur famille, et organise la prise en charge par la collectivité, des enfants abandonnés. **C'est la création des orphelinats.** (20)

Mais la pauvreté est partout présente, de même que les naissances illégitimes et les abandons toujours aussi fréquents. Se développe au début du XIX^{ème} siècle, le système des tours. L'enfant était déposé dans un cylindre de bois creux "le tour" pivotant sur lui-même et placé dans une embrasure du mur de l'hospice. L'enfant ainsi confié, ne pouvait être réclamé ultérieurement par la mère. Loin de supprimer les abandons, "le tour" parut les favoriser en raison même de l'anonymat absolu qu'il permettait et de l'absence de sanctions qui résultait de ce "dépôt". (17)

Le Code Pénal de 1810 incriminait spécialement le paricide, puni de mort, alors que, hormis le cas d'infanticide, c'est-à-dire le meurtre du nouveau-né, les violences commises par les parents à l'égard de leurs enfants n'avaient pas de qualifications particulières. (6)



Le jeune mendiant - Murillo

1.2.2. Le travail des enfants et les châtiments corporels

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

"L'Enfant" Jules Vallès.

Et il n'est pas le seul.

Les châtiments corporels étaient le lieu commun des enfants de tous milieux sociaux confondus, sans oublier privations multiples (jeûnes répétés, privations de jeux, de promenade...) travail manuel dès le plus jeune âge (parfois 4 ans) dans des conditions aberrantes (plus de dix heures par jour, travail de nuit, pas de repos hebdomadaire...) sans compter viols et prostitution.

Cette exploitation du travail des enfants a eu deux conséquences :

- la prise de conscience progressive de l'incompatibilité entre le travail des enfants et leur instruction, aboutissant à la loi de 1882 établissant la scolarité obligatoire jusqu'à 13 ans.

- la durée du travail, l'immobilité, les conditions déplorables d'hygiène conduisent à la ruine de la santé physique et morale des enfants.

Ce dernier fait finit par alerter les médecins qui, jusqu'à maintenant, n'avaient montré que très peu d'intérêt pour l'enfance. **G. Buchan** médecin écossais du début du XIX^{ème} siècle écrit : " La médecine a été bien peu attentive à la conservation des enfants et cela par indifférence et méconnaissance de la richesse potentielle de l'enfance... des milliers de ceux qui peuvent devenir utiles à la société périssent sans qu'on daigne leur administrer le moindre secours, ni qu'on daigne les regarder". (4)

1.2.3. Notion de protection des enfants maltraités

En 1860, **Ambroise Tardieu** étudie la question en tant que médecin légiste. Il individualise et décrit l'ensemble des blessures infligées aux enfants de tous âges et de toutes conditions sociales. Son étude médico-sociale des blessures a été à l'origine de la promulgation de la loi du 24 juillet 1889 sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés. (27)

Pour sa part, en 1888, le Ministre de l'intérieur lance une enquête sur les enfants délaissés ou maltraités. Elle ne fut ni menée à son terme, ni suivie d'effets..(44)

Pourtant, peu à peu, dans cette société où les droits de la famille prient sur ceux de l'enfant, ce dernier représente un investissement de plus en plus considérable, parce qu'il prolonge la famille et assure son immortalité. Dans cette pers-

pective de continuité, l'enfant doit surtout se plier aux exigences des adultes. Mais, par là même, commence à poindre la conscience de l'enfance et des droits qui y sont attachés. Le corps de l'enfant devient un enjeu. L'usage des coups reste ordinaire dans les classes populaires. Il recule au contraire dans les classes moyennes. A partir de 1838, des règlements interdisent les coups dans les salles d'asiles, ancêtres de nos maternelles. Consignes identiques en écoles primaires en 1834, réitérées en 1851 et 1881. (37)

Commence à poindre aussi la recherche d'une **prévention de la mortalité infantile**. Des secours seront distribués, sous le Second Empire, aux fille-mères pour les encourager à garder leurs enfants. (20)

En 1865 est créé "le recueil temporaire d'enfants en dépôts (parents hospitalisés ou en prison) ou d'enfants moralement abandonnés". (40)

Des établissements accueillent dans l'anonymat des femmes qui veulent cacher leur grossesse et leur accouchement. Elles peuvent y rester plusieurs mois après la naissance de l'enfant à condition de l'allaiter. Une allocation aux mères nécessiteuses est instituée en 1869. (44)

Pour lutter contre la mortalité excessive des enfants placés en nourrice, est créé en 1871, le titre d'Inspecteur Départemental des Enfants Assistés. Il assure donc la surveillance de ces enfants.

En 1874, la loi **Roussel** du 23 décembre, fait apparaître une nouvelle dimension de la protection de l'enfance. C'est la notion de "protection sanitaire des enfants de moins de deux ans placés en nourrice". Conjointement, la médicalisation des institutions d'enfants se développe. Elle donnera naissance à la pédiatrie, à l'hôpital des Enfants Trouvés. Les médecins vont jouer un rôle de vigie dans le domaine de l'enfance, enjeu de santé publique. (40)

En 1889, une loi précise que l'Aide à l'Enfance se doit de recueillir les enfants moralement abandonnés ou maltraités et de les immatriculer comme "pupilles de l'état" par décision judiciaire de déchéance de la puissance paternelle. Par cette mesure, l'Etat n'hésite pas à se substituer au père qui, jusqu'à présent, était tout puissant face à ses enfants. Il peut donc, un jour ou l'autre, avoir des comptes à rendre à la société et devoir justifier de l'utilisation de son pouvoir. Son autorité n'est plus absolue, elle est à présent distribuée par l'Etat et surveillée par ses agents.

D'autre part, cette loi est valable pour tous et s'applique à tous quelque soit leur milieu social. (5)

1.2.4. La santé de l'enfant

Toujours dans un souci de réduire l'infanticide, l'abandon et "mise en nourrice", dans une société où la mortalité infantile, vers le milieu du XVIII^{ème} siècle, est évaluée à 70 %, théologiens, médecins, pédagogues évoquent "les droits" des enfants sur le lait de leur mère. Ainsi **J.J Rousseau**, dans l'Emile :

"Ces douces mères qui débarrassées de leurs enfants se livrent gaiement aux amusements de la ville sont coupables de paresse, d'insensibilité et d'égoïsme. Elles seront punies dans leur chair, car les enfants qu'elles ont abandonnés dès leur naissance ne leur montreront ni tendresse, ni respect".

De même, les médecins qui promettent mille et une affections si la mère refuse d'allaiter, parfois même la mort, ainsi que l'écrit **Verdier-Heurtin** :

"Chez la femme qui ne nourrit pas, le lait peut porter sur quelque organe étranger à cette humeur et causer de mortelles affections".

Peu à peu s'installe l'idée que les soins et la tendresse de la mère sont des facteurs irremplaçables à la survie et au confort du bébé".

L'allaitement maternel reprend ses droits, la mère est plus attentive aux besoins et à l'hygiène de son enfant.

C'est vers la fin du XVIII^{ème} siècle, qu'est abandonné, dans les classes moyennes, le traditionnel emmaillotement du bébé le privant de toute liberté de mouvements. Vers cette époque aussi la mère n'hésite plus à échanger sourires et caresses avec son enfant. (5)

Le règne de l'enfant-Roi a commencé.

La santé de l'enfant est devenue le sujet majeur de la préoccupation des parents. Ils s'inquiètent beaucoup des petits maux de la première enfance (ILLUSTRATION 3), et, la mort d'un enfant est vécue comme un véritable drame. Ils acceptent alors certaines expérimentations médicales. Ainsi en est-il du risque de l'inoculation.

Cette dernière introduite en France en 1730, fut l'objet de multiples discussions ; mais même le **Duc d'Orléans** n'hésita pas à protéger ainsi ses enfants de la variole. En 1796, **Jenner** met au point la vaccination antivariolique. Si elle remporte l'adhésion des parents des villes, elle sera beaucoup plus longue et difficile à s'implanter dans les campagnes. Le souci de la bonne santé de l'enfant fait que les parents demandent davantage conseils et aide au médecin. La présence de ce nouveau personnage au sein de la famille se fait de plus en plus sentir au XIX^{ème} siècle. Le médecin de famille est né. (5)



Le berceau

Berthe Morisot

L'enfant a pris visage et voix, il est devenu une personne.

- En 1892, **P. Budin**, créa, à Paris, la première consultation de nourrissons, destinée à surveiller leur croissance et à conseiller leurs mères. Depuis 1884, le **Docteur Morel** lui, a repris le système imaginé par son père : surveillance des femmes enceintes, prise en charge de leurs frais médicaux, distribution d'aide pécuniaire aux accouchées indigentes, consultations gratuites de nourrissons. Ces mesures ont pour effet de faire s'effondrer la mortalité infantile dans la commune de Villiers-le-Duc où elles sont mises en oeuvre. (25)

1.3. - INDIVIDUALISATION DU SYNDROME DE L'ENFANT MAL-TRAITE

1.3.1. De 1929 à 1945

- En 1929, au XIV^{ème} Congrès de Médecine Légale, **Parisot (juriste)** et **Caussade (pédiatre)** présentent un remarquable rapport sur "les sévices envers les enfants". Ils sont également les auteurs de la première description de fractures multiples d'âges différents chez un enfant de forains qui lui fracturaient les os afin d'en faire un meilleur mendiant. (44)

Se précise aussi la notion d'aide à apporter à la **famille nécessiteuse**, afin de diminuer les mauvaises conditions de vie de leurs enfants et a fortiori les abandons.

- En 1935, un décret loi permet de veiller à l'exercice des droits de surveillance paternelle sans que l'on soit obligé de procéder à un retrait de l'enfant. **C'est l'Assistance Educative**. Elle permet la réalisation d'interventions judiciaires ponctuelles, moins conséquentes sur le plan social, et donc la prise en compte des difficultés spécifiques aux familles démunies. (20)

- Le décret du 30 octobre 1935 modifie la loi **Roussel** de 1874 et étend la protection sanitaire des enfants placés jusqu'à 3 ans. Il crée aussi le "**Carnet de Croissance**".

- En 1939, la chambre des députés vote le **Code de la Famille** et institue les **allocations familiales**.

- En 1943 une loi crée :

- "les enfants surveillés", catégorie supplémentaire d'enfants placés sous la surveillance de l'administration départementale. Ces enfants sont confiés à des particuliers, des oeuvres ou des établissements sur lesquels l'administration exerce une surveillance.

- "les enfants recueillis temporairement", nouvelle appellation des "enfants en dépôt". Un secours élargi aux ménages nécessiteux et non plus limité aux filles-mères. Des maisons maternelles pour renforcer la prévention de l'abandon. (40)

Pendant la période 1939-1945 (seconde guerre mondiale) les droits les plus élémentaires de l'enfant sont bafoués. La divulgation de ces faits par la presse et le cinéma a contribué à alerter et sensibiliser l'opinion publique.

1.3.2. De 1945 à 1960

"Dans le fond du placard cramponné à un haillon de robe, il y a... un enfant ? Ce n'est pas, non, pas possible ! Cette chose déquenillée, sale, des cheveux qui lui tombent sur le visage... des ongles, ces griffes cassées, rongées ?"

"L'enfant dans le placard" Othilie Bailly.

Violences et négligences à l'égard des enfants ont traversé les temps et sont encore présentes en cette fin de XX^{ème} siècle.

Leur importance, leur existence même, semblent avoir été masquées, dans le passé, pour toute une série de raisons :

- les mauvais traitements étaient, sans doute, considérés comme un facteur négligeable dans un contexte de forte mortalité infantile.
- L'enfant n'était pas reconnu comme un sujet à part entière et ce qui lui arrivait suscitait peu d'intérêt.
- Une conception extensive illimitée, de la puissance paternelle, donnait au père de famille tous les droits sur ses enfants, y compris le droit de vie et de mort.

Puis, peu à peu, la société a porté un autre regard sur les maltraitances dont l'enfant était souvent l'objet. Elle a alors essayé de reconnaître, traiter, chiffrer et prévenir l'ensemble des situations de mauvais traitements.

La publication, en 1905, des travaux de **Binet** et **Simon** donne aux pédiatres des renseignements importants et permet d'abandonner peu à peu les attitudes punitives et moralisatrices à l'égard des enfants. Les efforts portent sur la compréhension globale de l'enfant, situé dans son cadre familial et social. (25)

1945 est l'année des bilans pour la société française. La situation démographique est dramatique avec :

- une mortalité générale supérieure à la natalité
- un taux de natalité de 13 % entre 1941 et 1944
- une mortalité infantile moyenne de 110 %

En 1945, avec des variations, selon les conditions socio-économiques, de 50 % à 220 %.

"C'est pour la France une question de vie ou de mort que de l'enrayer (la mortalité infantile) dans les plus brefs délais".

Selon ce texte introductif de l'ordonnance du 21/11/45 qui énumère ensuite l'ensemble des mesures d'ordre sanitaire et d'organisation de la protection maternelle infantile (P.M.I.). Ceci doit permettre de lutter contre la mortalité infantile et encourager la natalité.

Elles consistent en :

- une protection de tous les enfants de moins de 6 ans
- une remise obligatoire du carnet de santé à la naissance
- une augmentation du nombre de consultations prénatales et de nourrissons.

Dans le même temps, les ordonnances du 4 octobre 1945 et du 18 octobre 1945 définissent l'organisation de la Sécurité Sociale et du service national d'hygiène scolaire et universitaire.

Le gouvernement provisoire manifeste donc un souci de relance démographique par une politique familiale qui puisse inciter à la natalité et assurer la survie des nouveau-nés et des femmes en "couches". Mais il reconnaît aussi des aspirations nouvelles de sécurité et d'égalité devant les droits fondamentaux de l'homme. (40)

Le même contexte idéologique va aboutir à la mise en place par l'assemblée générale des Nations Unies, des organismes internationaux de protection de l'enfance :

U.N.I.C.E.F., U.N.E.S.C.O., F.A.O., O.M.S. et à la création du Centre International de l'Enfance. (44)

En France le pédiatre **Robert Debré** à travers son oeuvre scientifique et son enseignement, a contribué à la promotion de la pédiatrie préventive et sociale. Il fut l'instigateur de mesures pour lutter contre la morbidité et la mortalité infantile. (25)

- En 1958, la Constitution renforce le caractère d'obligation nationale que revêt la protection de l'enfance : "la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens d'existence".

- En 1959, l'Assemblée générale de l'ONU adopte, à l'unanimité, **la Déclaration des Droits de l'Enfant**. Trois principes concernent la protection de l'enfance :

- L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale qui lui permette de "se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité".

- L'enfant doit "être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation".

- L'enfant a droit à la sécurité sociale et "à une alimentation, un logement, des loisirs et des soins médicaux adéquats". (40)

1.3.3. L'importance des années 1960 à 1970

En 1962, **Henry Kempe**, professeur de pédiatrie à **DENNER (Colorado)** publie un article intitulé "le syndrome de l'enfant battu" en collaboration avec F.N. Silverman et le pédopsychiatre B.F. Steele et qui aura un retentissement décisif sur la reconnaissance et la prise en charge de la maltraitance.

Les auteurs y insistent sur la fréquence des cas, précisent les éléments cliniques permettant d'envisager le diagnostic et montrent l'importance majeure des enquêtes sociales et des investigations psychologiques portant sur la personnalité parentale. A partir de là, les mauvais traitements dont sont victimes tant d'enfants et de jeunes ont enfin acquis droit de cité dans la pathologie pédiatrique et sociale. (44)

Cette période est également marquée par de nombreux progrès techniques, thérapeutiques, par une multiplication des personnels sanitaires et sociaux et par une spécialisation des services pédiatriques.

La lutte contre la mortalité cède le pas à la lutte contre la morbidité.

Une volonté de rénover la législation de Protection Maternelle et Infantile aboutit au décret du 19 juillet 1962, qui redéfinit les actions, introduit les puéricultrices, et la transmission des avis de naissance par les officiers d'état civil au service de Protection Maternelle et Infantile. (40)

"De quelque côté que nous nous tournions, le sort de l'enfant est en jeu. Il nous faut définir le sens de nos efforts pour l'améliorer".

R. Debré

En France, la première étude de quelque importance sur l'enfance maltraitée a été menée conjointement, sur une base pluridisciplinaire, à Paris par le **Docteur STRAUS** et à Nancy par le **Docteur NEIMANN**, entre 1972 et 1975 (27). Par la suite, les travaux de publications se sont multipliés et la prise de conscience a progressé rapidement auprès des personnels, sanitaires et sociaux, puis des pouvoirs publics, puis du grand public, aidés en cela par un certain nombre d'associations professionnelles ou bénévoles et surtout par les médias.

En 1978 : publication de la première recherche française sur "les jeunes enfants victimes de mauvais traitements".

En 1979 : fondation de l'AFIREM, Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée. Actuellement, l'AFIREM compte 800 membres répartis en délégations régionales. (44)

Un plan programme de périnatalité vise à lutter contre la prématurité et les souffrances cérébrales : multiplication des mesures de prévention prénatale, amélioration des mesures lors du travail et de l'accouchement (plateau technique, réanimation...).

De nouvelles missions sont définies pour la P.M.I., service public accessible à tous :

- Participation au dépistage précoce des malformations, s'assurer de traitements adaptés et précoces, enregistrer des certificats de santé dans un but statistique et d'aide à la programmation des équipements spécialisés.

- Engager les services de P.M.I. dans un travail de santé publique dans le domaine familial tout en gardant un travail de prévention individuelle et communautaire par le biais des consultations, actions à domicile, actions éducatives. (50)

Cette période est d'autre part, jalonnée de nombreux textes législatifs toujours dans un souci de protection maternelle et infantile. (40)

1.3.4. Les années 1980

Depuis 1980, l'évolution des besoins dépasse largement le domaine sanitaire, au sens strict du terme. Par ailleurs, l'évolution des moeurs, des mentalités et des techniques incite davantage à responsabiliser les familles dans la prise en charge de la santé physique et mentale de leurs enfants.

En 1982, un rapport au Secrétariat d'Etat à la Famille sert de base à la réorientation de la politique de la Protection de la Maternité et de l'Enfance.

Ce dernier : « L'enfant dans la vie. Une politique pour la Petite Enfance » comporte deux parties :

La première intitulée "fondements d'une politique de la Petite Enfance" fait valoir la place de l'enfant dans la société et vient établir toute l'importance qu'a pris l'enfant en tant qu'être humain reconnu et écouté.

L'évolution sociologique en général, les connaissances relatives à la psychologie et à la psychopédagogie du jeune enfant en particulier, expliquent sans doute cette transformation devenue nécessaire.

D'autre part l'aspect médical ne peut plus se démarquer de l'aspect social et éducatif de toute situation. Ce qui oblige les différents professionnels concernés à élaborer ensemble leur projet de travail.

La seconde partie est entièrement consacrée à la formulation de propositions en faveur de l'amélioration des conditions de vie de l'enfant de moins de six ans. Elle s'adresse essentiellement aux collectivités territoriales, à qui appartiennent, désormais, les décisions concrètes concernant les structures locales. (40)

En effet, la loi du 2 mars 1982 a marqué cette décennie par une notion nouvelle : la décentralisation.

Elle vise à permettre une prise de décision à partir des constats et des réalités du terrain. Elle responsabilise les élus locaux dans leurs décisions afin de réguler l'explosion des dépenses sanitaires et sociales et alléger les charges de l'Etat.

Néanmoins, elle est source de disparités entre les Collectivités Territoriales. A l'échelon départemental, les attributions respectives de l'Etat et de la Collectivité Territoriale départementale sont matérialisées par les services préfectoraux et ceux du Conseil Général. (45)

Le 16 mars 1983, une circulaire précise l'esprit nouveau dans lequel doit s'exercer la protection de la mère et de l'enfant :

"les problèmes de santé publique ne peuvent plus désormais se poser simplement en termes de lutte contre la mortalité, mais en termes de promotion de la santé considérée globalement dans la rencontre d'un individu avec un environnement physique, social, psychoaffectif, qui peut lui être nuisible ou au contraire favoriser son épanouissement (...). La lutte contre les handicaps et les inadaptations de tous ordres constitue une priorité des responsables de la santé publique". (40)

Le 22 juillet 1983, la loi 83-663 transfère aux Conseils Généraux la responsabilité politique, administrative et financière de la Protection Maternelle et Infantile.

En 1985 débute, sous les auspices du Ministère des Affaires Sociales, une grande enquête sur le devenir des enfants victimes de mauvais traitements.

En 1987 est mise en place une cellule interministérielle pour animer la campagne de prévention des abus sexuels. En 1988, un groupe de travail créé par le Secrétariat d'Etat chargé de la Famille et présidé par *Jacques Barrot*, ancien Ministre de la Santé, présente un rapport sur la prévention et la prise en charge des mauvais traitements envers les enfants et les jeunes. (44)

Cette commission a jeté les bases d'une loi destinée à améliorer les dispositifs de protection de l'enfance dans le cadre de la décentralisation : c'est la loi du 10 juillet 1989 parut au Journal Officiel le 14 juillet 1989. (11)

Puis, le 18 décembre 1989; la loi 89-899, du Code de la Santé Publique redéfinit les objectifs et les moyens de la Protection de l'Enfance. Elle précise les responsabilités juridiques du Conseil Général au sein de la P.M.I. (13)

Ces deux dernières lois rappellent :

- les responsabilités de l'Etat, des caisses de Sécurité Sociale, des collectivités territoriales,

- la nécessité d'une coordination entre professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et psychologiques, afin d'assurer la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et la protection des mineurs maltraités.

1.3.5. Les années 1990

Parce que *"la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"*. (définition de la santé pour L'O.M.S.), les travaux sur la maltraitance des enfants, continuent à être matière à réflexion et à dispositions législatives au cours des années 90.

En janvier 1992, le groupe de travail mis en place par l'Institut de l'Enfance et de la Famille (I.D.E.F.) a fait des propositions pour mieux définir et observer les mauvais traitements, et ainsi en mesurer l'ampleur.

En juin 1992, le premier rapport du ministre chargé de la Famille et présenté au Parlement fait état des recherches sur l'enfance maltraitée, du bilan de dispositifs de recueil des signalements dans chaque département et du bilan d'activité du service d'accueil téléphonique. (44)

De novembre 90 à novembre 92, un ensemble d'arrêtés, de décrets et de lois recodifient le carnet de grossesse, le certificat médical prénuptial, les examens obligatoires prénuptial, pré et post natal, l'agrément des assistantes maternelles et les centres de planification d'éducation familiale (40) (tableaux I et II, ci-après). Le 1^{er} mars 1994, le nouveau Code Pénal entre en vigueur. Il clarifie et modernise de nombreuses dispositions répressives. Il introduit également des innovations comme la responsabilité pénale des personnes morales et principalement celles ayant une ascendance ou une autorité sur l'enfant. Il met l'accent sur la protection de la personne humaine contre les atteintes de toute nature qui peuvent lui être portées, visant sa vie, son corps, ses libertés, sa sûreté, sa dignité et son environnement. (1)

TABLEAU I

Loi 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance, et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé.

Décret D 92-785 du 6 août 1992 relatif à la Protection Maternelle et Infantile

Décret D-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et post natal.

Décret D-92 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale.

Arrêté du 7 mai 1992 relatif au certificat prénuptial.

Arrêté du 16 novembre 1990 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse.

TABLEAU II

Loi 92-642 du 12 juillet 1992 relative aux assistants maternels et assistantes maternelles et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la santé publique et le code du travail.

Décret 92-1051 du 29 septembre 1992 relatif à l'agrément des assistantes maternelles et aux commissions consultatives paritaires départementales.

Décret 92-1245 du 27 novembre 1992 relatif à la rémunération et à la formation des assistantes maternelles.

Arrêtés du 28 octobre 1992 fixant les conditions de l'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistantes maternelles

Arrêtés du 16 octobre 1992 fixant le modèle de formulaire de demande d'agrément d'assistantes maternelles et de récépissé de cette demande.

Toutes ces années de travaux permettent d'établir les constats suivants, en France ;

- taux de natalité : 13,2 %
- taux de mortalité infantile : 7,3 %

Certaines causes restent évitables. La mort subite du nourrisson et ses inconnues sont particulièrement préoccupantes.

- un gradient social persiste, tant pour le taux de prématurité que pour celui de la mortalité périnatale

- la mortalité maternelle pour cause de grossesse reste préoccupante (1/5000). (40)

Le tableau III montre bien l'évolution des taux de natalité et de mortalité infantile de 1938 à 1990, avec notamment une évolution très positive pour cette dernière.

TABLEAU III

	1983	1944/1945	Années 1960	Années 1970	1980	1990
Taux de natalité		13 %	20 %	16,7 %	14,8 %	13,4 %
Taux de mortalité infantile	65 %	110 %	25 %	18,2 %	10 %	7,3 %

1.3.6. Conclusion

Un autre regard est porté aujourd'hui sur l'enfant. Cela signifie que sa valeur en tant qu'être humain autonome et ses droits sont reconnus. Il suscite un intérêt nouveau. On lui prête davantage d'attention, on investit pour lui. Cette plus grande considération pour l'enfant amène nos sociétés à condamner les mauvais traitements, car la maltraitance n'est pas un phénomène nouveau, c'est notre regard sur la maltraitance qui l'est. (32) Ainsi comme le dit un poème argentin :

"Tu es arrivé un jour dans mon petit monde comme ça, simplement, comme arrive l'amour".

Requiem pour un enfant

2. - CAS CLINIQUE

Magalie L. : nourrisson maltraité

L'histoire de Magalie et de sa famille, sur une période de douze ans, met en évidence les intervenants et les structures qui ont permis d'assurer une prise en charge tant médicale que médico-sociale et judiciaire de Magalie et de sa famille.

Ces douze ans sont subdivisés en trois périodes marquant chacune une étape dans la vie de l'enfant et de son entourage.

2.1. - PÉRIODE DU 4 JUIN 1983 AU 20 JUILLET 1983

Elle comprend l'hospitalisation de Magalie à l'âge de 1 mois ½ avec la découverte de la maltraitance et les mesures prises après ce constat.

2.1.1. Prise en charge par le médecin traitant : le Docteur G.

"Le vendredi 3 juin 1983, vers 22 h, Monsieur et Madame L. se présentent au cabinet médical avec Magalie.

Ils sont reçus par l'épouse du médecin, celui étant retenu en visite à domicile. Cette dernière, alors qu'elle se penche sur le bébé, s'étonne de la présence d'une griffure sur son visage. La mère, qui, jusque là, ne s'est pas manifestée, répond hâtivement et incrimine le chat. Le père, dans sa surprise, demande plus d'explication : aucun chat ne vivant à la ferme.

La conversation s'en arrête là, puisque la mère se renferme dans son mutisme.

Compte tenu du surcroît de travail du Docteur G, et de l'heure tardive, les parents quittent le cabinet et regagnent leur domicile.

Le lendemain, 4 juin 1983 au matin, le Docteur G, se présente chez Monsieur et Madame L. Lors de l'examen clinique de Magalie, il constate une impotence fonctionnelle du bras droit. Dans le même temps, seul le père, réellement inquiet, répond à ses questions. La mère reste en retrait et ne participe pas à la conversation.

A la fin de la consultation, le Docteur G. les adresse avec un courrier au service, des Urgences de Montluçon afin "d'éliminer une fracture" sans réellement soupçonner "la maltraitance".

2.1.2. Prise en charge par le service des Urgences Accueil de Montluçon

Magalie et ses parents sont reçus par le service des Urgences le samedi 4 juin à 15 h 35.

Ils présentent la lettre de leur médecin traitant qui constate : "impotence du membre supérieur droit. Fracture ? Pas de notion de traumatisme".

Une fois encore, c'est le père qui explique la situation au médecin. Il dit "avoir constaté le vendredi 3 juin en rentrant le soir chez lui, l'impotence fonctionnelle du bras droit de sa fille ainsi que les pleurs pratiquement permanents du bébé". Il dit également "avoir appelé leur médecin de famille le samedi 4 juin".

L'examen clinique objective

Une impotence fonctionnelle du bras droit, une pâleur marquée, un hématome avec cinq excoriations au niveau du tiers supérieur de la cuisse droite, au bord externe ainsi que de nombreuses autres excoriations (trois, sur la joue droite, deux sur la joue gauche et une au bord externe de l'oeil gauche). Elle n'a pris que 225 g en 45 jours (poids de naissance : 3 740 g, taille 51,5 cm, à l'arrivée dans le service, poids : 3 965 g, taille : 53,5 cm). Le bilan biologique est normal hormis une anémie à 9,5 g d'hémoglobine et 2 millions 990 globules rouges. La radiographie du bras montre une fracture de l'humérus droit paraissant déjà ancienne avec début de réaction périoste le long de la diaphyse.

Un bilan radiologique squelette entier est alors pratiqué et révèle une fracture temporo-pariétale droite en étoile, à type d'éclatement avec cinq traits de refend. Il n'y a pas de signe d'hémorragie méningée ni d'hypertension intracrânienne au fond d'oeil. Devant la forte suspicion de mauvais traitement Magalie est hospitalisée en pédiatrie.

2.1.3. Suivi au sein du service de Pédiatrie de Montluçon

- Celui-ci s'effectue sur une période de 46 jours (du 4 juin au 19 juillet 1983).

- Il est retrouvé une paralysie du plexus brachial droit. L'enfant présente un mâchonnement fréquent, des bâillements répétés et une absence de sourire. Un fond d'oeil après dilatation, ne retrouve pas d'anomalies, en particulier pas de décollement de rétine. L'électroencéphalogramme sensiblement normal est complété par un échoencéphalogramme paraissant dévié d'environ 2,5 à 3 mm vers la gauche. Echo-graphie cérébrale et abdominale sont normales.

- Le comportement de la mère est particulier puisque si elle vient rendre visite à sa fille, elle ne lui parle pas ni ne la prend dans ses bras. Elle refuse tout contact avec le personnel hospitalier. Après plusieurs entretiens avec le Docteur R. pédiatre, elle finit par reconnaître avoir frappé Magalie contre l'arête de la table de la cuisine. Elle ne supportait plus ses pleurs. Cet aveu survient six jours après le traumatisme. Le jour même, le chef de service de pédiatrie de Montluçon effectue auprès du juge des

enfants de Guéret, un signalement d'enfant en danger pour "carence de soins et sévices". Il demande également une expertise psychiatrique de Madame L.

- Le 22 juin 1983, Magalie a 2 mois et 3 jours. Elle présente pendant quelques minutes des mouvements d'extension-flexion du membre supérieur droit avec hypertonie de la main droite, faisant penser à une crise clonique partielle. Le bilan biologique est normal. Le scanner cérébral réalisé le 19 juillet (28 jours plus tard) est normal. Il ne sera pas constaté de nouvel épisode de ce type jusqu'à sa sortie.

- Le 20 juillet : 3 mois. Sortie ce jour du service de pédiatrie. Magalie est confiée à une famille d'accueil. De nouveau le pédiatre conseille à Madame L de consulter un psychiatre car un mutisme profond persiste ainsi qu'un manque d'intérêt notoire à l'égard de sa fille.

2.1.4. Interventions des acteurs judiciaires et sociaux

Le signalement d'enfant en danger réalisé par le Chef de Service de Pédiatrie de Montluçon, en date du 7 juin 1983 détermine la mise en place de différentes mesures qui s'inscrivent à trois niveaux.

*** Intervention du Juge des Enfants**

Au vu du dossier du pédiatre, le Juge des Enfants de Guéret ;

- demande une enquête de police.
- s'assure de la protection effective de Magalie.

Le 19 juillet 1983 une ordonnance aux fins de placement provisoire est émise par le Juge des Enfants :

"L'état de santé respectif de Madame L. et de sa fille Magalie nécessite que la mineure soit temporairement placée en nourrice, afin de préparer un retour à court terme de l'enfant dans sa famille, il y a lieu d'ordonner la poursuite de la mesure d'observation en milieu ouvert exercé par l'Association Educative Creusoise de la Jeunesse et de la Famille.

Cette ordonnance a été appliquée dès la sortie de Magalie du service de Pédiatrie.

*** Intervention de la gendarmerie**

Le 9 juin 1983, l'enquête de gendarmerie est ouverte. Les deux parents sont entendus par l'Officier de Police Judiciaire chargé de l'enquête. Son compte-rendu est adressé au Procureur de la République et au Juge des Enfants de Guéret.

*** Intervention de l'assistante sociale de secteur.**

Elle se rend au domicile de Magalie le 6 juin 1983. Cette famille n'est pas connue des services sociaux de secteurs ; l'assistante sociale rencontre donc les parents de Magalie pour la première fois.

Monsieur L. lui apparaît abattu, affecté et inquiet de l'état de santé de sa fille. Il dit n'avoir pas été averti plus tôt par sa femme de ce qui s'est passé. Il répète qu'il a découvert une "enflore" sur le bras de Magalie le vendredi soir et a alors appelé leur médecin traitant.

Madame L. lui apparaît très réservée. Elle dit avoir caché la vérité à son mari par peur de se faire "gronder". Elle dit ne pas être fatiguée et ne pas avoir besoin de l'aide d'une travailleuse familiale, celle-ci étant proposée par l'assistante sociale. Le compte-rendu de cette enquête sociale est adressé à l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance.

2.2. - PÉRIODE DU 21 JUILLET 1983 AU 4 MARS 1985

➤ *Le 29 juillet 1983, le Juge des Enfants de Guéret rend son jugement,*

"Placement provisoire avec maintien des relations dans le but d'un retour chez les parents". Magalie est confiée à une famille d'accueil avec obligation d'un suivi médical, d'une kinésithérapie rééducative (à raison d'une séance par semaine) et d'un suivi d'éveil psychomoteur.

Cette période est marquée par trois dates "phares" dans la vie de Magalie et de sa famille.

- 20 décembre 1983 : prorogation de la garde provisoire pour 6 mois
- 20 juin 1984 : prorogation de la garde provisoire pour 1 an
- 4 mars 1985 Magalie a 24 mois ½ : main levée

2.2.1. Magalie, sa famille d'accueil et ses parents

Dès sa sortie de l'hôpital, Magalie intègre donc une structure d'accueil familial choisie par l'Aide Sociale à l'Enfance. Cette famille est composée de : L'assistante maternelle, son mari, et leurs deux fils.

Ils habitent à vingt minutes de route du domicile de Magalie. Néanmoins, Monsieur et Madame L. viennent voir Magalie deux fois par semaine, le mardi et le vendredi à l'heure du repas de l'enfant. Ce droit de visite est accordé dès le 25/7/83 devant le comportement très dépressif de la mère et sur proposition du psychiatre. Les relations famille d'accueil - famille de Magalie s'équilibrent autour de ses visites.

➤ Le 19/08/83, les parents demandent à reprendre Magalie. Mais l'enfant pleure à chaque visite de sa mère et il n'existe entre elles deux aucun échange, aucune communication.

➤ Le 26/08/83, un rapport écrit de la travailleuse familiale chargée d'aider la mère de Magalie, propose une visite de l'enfant avec l'assistante maternelle, dans la maison de Magalie.

Cette proposition a pour but de renouer une relation mère-enfant, plus spontanée.

➤ Le 7/10/83 Magalie a 5 mois ½, la mère se montre plus détendue vis à vis du contact avec son enfant et paraît heureuse de cette visite qui se déroule chez elle.

➤ Le 13/10/83, à la demande de Madame L., le Juge des Enfants accepte que Magalie vienne en visite chez ses parents, une fois par semaine en présence d'une travailleuse familiale.

Lors de ces visites, Madame L. se montre maladroite avec sa fille et se fatigue vite. Il n'y a pas de réel échange mère/fille.

➤ Le 28/10/83, Magalie 6 mois et 9 jours pleure lorsque sa mère l'embrasse. Celle-ci exprime sa colère et son angoisse face à la réaction de sa fille. Le père demande des visites plus longues.

➤ Le 7/11/83, modification du droit de visite ;

- visite des parents dans la famille d'accueil pour une semaine
- visite de Magalie dans sa famille pour une semaine

➤ Le 5/12/83, sur proposition de l'équipe psychosociale il y a une nouvelle modification du droit de visite. Magalie pourra séjourner chez elle de dix heures au lendemain dix huit heures. Les 8 et 9 décembre, 15 et 16 décembre et 24 - 25 décembre 1983.

➤ Le 12/01/84,

- le jugement en correctionnelle est rendu : Madame L. est condamnée à 3 ans de prison avec sursis et à 5 ans de mise à l'épreuve.
- l'enfant commence à faire des séjours plus longs dans sa famille, elle a 9 mois.

➤ Le 19/03/84, visite de l'enfant dans sa famille une fois par semaine de dix heures à dix huit heures.

Souplesse des horaires mais nécessité d'un garant : protection maternelle et infantile et travailleuse familiale.

La famille d'accueil ne comprend pas ces nouvelles dispositions. Elle considère Magalie comme sa fille. Intervention de la psychologue de protection maternelle et infantile pour gérer la relation Magalie - famille d'accueil.

➤ Le 30/8/84, proposition de confier Magalie à la famille d'accueil le jour et retour au domicile des parents le soir.

Parallèlement l'assistante maternelle se voit proposer une psychothérapie, car elle n'admet pas que Magalie soit confiée à sa mère.

➤ Le 21/11/84, Magalie a 19 mois. Les parents demandent que leur enfant soit habillée par eux.

- Le 2/01/85, - Magalie joue avec sa soeur
 - Magalie est un peu perturbée lorsqu'elle va chez l'assistante maternelle.
 - Magalie, plus éveillée, a de bonnes relations avec sa mère.
- Le 6/02/85 : - la mère de Magalie exprime le désir de reprendre sa fille à la maison
 - demande la main levée de l'ordonnance du 20/6/84
- Le 4/03/85 Magalie a 24 mois, rencontre avec le Juge des Enfants : elle peut regagner définitivement le domicile de ses parents. Une travailleuse familiale devra être présente.

2.2.2. Consultations et hospitalisations lors du suivi dans le Service de Pédiatrie de Montluçon

- Magalie a six mois. Elle présente un retard psychomoteur d'environ quatre mois (chute de la tête en avant en position assise, ne se retourne pas dans son lit, prend difficilement les objets...)

- Notion de plusieurs épisodes d'absences par jour avec regard fixe pendant plusieurs secondes. L'électroencéphalogramme montre une souffrance de la région temporo-occipitale gauche. Un traitement par Tégretol est institué

- A 7 mois ½, les crises sont localisées avec déviation du regard vers la droite, froncement du nez et déviation de la bouche.

- A 9 mois, Magalie est hospitalisée pour suspicion de crise épileptique (absence prolongée avec révulsion oculaire et mouvements désordonnés des bras, à la fin de la crise l'enfant s'est endormie).

Le bilan biologique montre une tégrétolémie inférieure à la normale.

Radio du crâne et fond d'oeil sont normaux. L'EEG montre des signes irritatifs diffus. Un scanner cérébral est demandé. Réalisé 16 jours plus tard, il sera normal. Y-a-t-il eu mauvais respect des prescriptions thérapeutiques ?

- A 1 an, le retard psychomoteur persiste. Les crises se sont encore modifiées : rotation de la tête et des yeux vers la droite, mouvement en extension des bras.

Une consultation avec le Docteur G. à Lyon conclue « qu'il est difficile de ne pas relier la comitialité aux antécédents traumatiques (...). On ne peut éliminer formellement chez cette enfant, une évolution vers un syndrome de *Lennox*".

Après plusieurs essais thérapeutiques, instauration avec succès des deux anticonvulsivants suivants : Dépakine et Rivotril.

2.2.3. Suivi du médecin traitant

Durant cette période, le docteur G. ne verra Magalie qu'en de rares occasions lorsqu'elle se trouve chez ses parents (pour une rhino-pharyngite, pour une otite). Le docteur G. constate que le père est toujours beaucoup plus attentif à sa fille,

que la mère. Il est toujours présent au cabinet lorsque Magalie est malade et la plupart du temps, c'est lui qui a appelé pour prendre rendez-vous;

2.2.4. Aides apportées aux parents de Magalie

Tous les travailleurs sociaux, psychologues et psychiatres intervenus pour aider cette famille, soulignent le rôle prédominant du père. En effet, ce dernier essaie d'aider à la fois sa femme et son enfant. La propre famille du père va participer à ce soutien ; en prenant l'aînée plusieurs jours, en aidant au travail de la ferme, en étant présent à côté de la mère. Dans un premier temps, Madame L. est prise en charge par un psychiatre le docteur S., à la demande du Juge des Enfants.

Au domicile, une travailleuse familiale de la Mutualité Sociale Agricole (rémunérée par les parents) vient aider Madame L. dans son travail journalier et surtout lors des visites de Magalie.

Dès octobre 1983, une psychologue de la Protection Maternelle et Infantile de Guéret vient régulièrement rencontrer Madame L. En plus du travail d'écoute, elle aide Madame L. à retrouver confiance en elle, à réapprendre les échanges mère/fille.

Le pédiatre, le Docteur R., reçoit également les parents pour les tenir au courant de l'évolution de l'état de santé de leur fille.

Les intervenants vont, au cours de ces deux années, se réunir régulièrement pour faire une synthèse de leurs observations et par leurs propositions auprès du Juge des Enfants, permettre un retour de Magalie dans son milieu familial.

➤ Le 4/11/83 : SYNTHÈSE

"Participation du couple pour réinvestir cette enfant. Alliance avec le père. Analyse de l'état des relations mère/enfant. Il semble que l'acte a dépassé la pensée de la mère, d'où la nécessité de ne pas laisser la mère seule, moralement. La peur de "recommencer la même chose" génère chez la mère une angoisse qu'elle doit expulser pour renouer avec son enfant. Le travail de l'équipe doit permettre la reconstitution du lien maternel. Demande de réajustement des visites. (une semaine dans la famille d'accueil, une semaine chez les parents)".

➤ Le 5/12/83 : *SYNTHÈSE*

Nouvelle proposition de modification des visites.

➤ Le 9/03/84 : *SYNTHÈSE*

Il est mis en évidence qu'il y a nécessité pour Magalie d'une "unité de lieu".

D'où nouvelles propositions pour les visites : une fois par semaine, de dix à dix huit heures

La psychologue de la Protection Maternelle et Infantile et la travailleuse familiale se portent garant de la mère lors de ces visites.

D'autre part, la famille d'accueil se voit proposer l'aide de la psychologue ainsi que d'un pédopsychiatre. En effet, elle accepte très mal que Magalie puisse être confiée si longtemps à sa mère.

➤ le 11/05/84 :

Proposition d'une psychothérapie familiale, une fois par semaine avec le Docteur C. pédopsychiatre. Celui-ci note que la mère exprime sa culpabilité qui augmente avec l'aggravation de la santé de l'enfant.

La psychologue de la Protection Maternelle et Infantile continue de se rendre chez les parents. Elle essaie "d'apprendre à la mère à être parent". Les conseils peuvent porter aussi bien sur les modalités, pour la mère, pour se dominer que pour savoir prendre sa fille dans ses bras et la bercer...

➤ Le 27/11/84, rencontre famille d'accueil, pédopsychiatre, psychologue.

Leur travail vise à harmoniser les relations famille/famille d'accueil. Les professionnels souhaitent aider la famille d'accueil à jouer un rôle dans l'aide apportée à la mère. Cette famille ne doit pas se comporter en rivale de la mère.

Madame L. leur paraît encore très fragile derrière "sa carapace de glace". Elle arrive à exprimer sa culpabilité qui reste encore très importante.

➤ Le 17/01/85 : *SYNTHÈSE*

Madame L. a verbalisé le fait que Magalie se détachait de l'assistante maternelle et qu'elle semblait mieux avec elle.

L'équipe décide d'attendre que la mère exprime clairement son désir de reprendre totalement sa fille.

➤ Le 6/02/85, Madame L. dit au Docteur C.

- Elle veut reprendre totalement Magalie (qui a 22 mois), elle se sent prête, elle pense que cela est mieux pour la santé de l'enfant, Magalie sera moins perdue si elle est toujours avec eux.

2.3. PERIODE DU 5 MARS 1985 AU 9 MARS 1995

Consécutivement à la main levée du 4 mars 1985, Magalie, 24 mois ½. revient définitivement dans sa famille. Les dix années suivantes sont principalement marquées par :

- l'amélioration, lente mais réelle, de l'état de santé de Magalie.
- la scolarisation de l'enfant (juin 86).
- la naissance d'un troisième enfant dans la famille L.

2.3.1. Le travail de l'équipe de P.M.I.

Malgré le désir exprimé par Madame L. de reprendre sa fille chez elle, le souci de l'équipe pluridisciplinaire fut la crainte d'une récurrence de la maltraitance.

Vont se succéder alternativement au domicile de Madame L., l'infirmière de P.M.I., la travailleuse familiale de la M.S.A., la psychologue de P.M.I. et l'assistante sociale de la M.S.A..

Madame L. suit une fois par semaine une psychothérapie avec la psychologue de P.M.I. Infirmière et travailleuse familiale réalisent essentiellement un travail de prévention et d'action éducative auprès de Madame L.

exemple : propos de l'infirmière le 16 décembre 1985 "voyant ses jouets, je demande si elle en a un qui la suit partout ? : "non". Je conseille de lui en donner un ou une peluche". "Je lui fais embrasser sa soeur et je conseille aux parents de le lui faire faire".

Avec la psychologue, Madame L. arrive plus facilement à se confier et à exprimer son angoisse face à l'état de santé de Magalie. Elle est avant tout une confidente que Madame L. apprécie car : "avec elle, elle peut parler".

Peu à peu, cette action des travailleurs sociaux s'estompe : Magalie est scolarisée les matins dès le mois de juin 1986. Elle a trois ans.

A l'annonce de la troisième grossesse, cette même équipe se remobilise, jusqu'en décembre 1987 (aide aux tâches ménagères, visites régulières au domicile, temps d'écoute...).

Mathieu, né le 12 octobre 1987, n'a jamais été maltraité. Il n'est pas apparu de désintérêt, et de maltraitance de Madame L. vis à vis de Magalie pendant cette période.

Fin décembre 1988, les interventions sociales systématiques, dans la famille, sont interrompues. L'infirmière de P.M.I. passera épisodiquement voir Mathieu jusqu'à sa scolarisation en maternelle.

2.3.2. Consultations au sein du service de pédiatrie de Montluçon

7 Mars 1985

Magalie, âgée de 23 mois ne semble plus faire de mouvements anormaux ni d'absences.

Elle se déplace à quatre pattes, se relève seule. Elle commence à faire quelques pas avec appui. Les membres inférieurs restent hypertoniques avec pieds en équinisme en position debout et tendance à mettre ses jambes en ciseaux

25 Avril 1985

Magalie, 24 mois refait des crises depuis quinze jours : grimaces, clignement des yeux, chutes de la tête en avant. Ses parents comptent à peu près 10 crises par jour de quelques secondes. A la marche elle lance mieux ses jambes persistance de l'hypertonie des membres inférieurs. Séances de kinésithérapie au rythme de deux par semaine associées à une séance par semaine de psychomotricité.

27 Juin 1985

Magalie est vue en consultation par le Docteur T., orthopédiste infantile : "Elle se présente hypotonique, sans aucun ajustement postural anticipateur, sans aucune équilibration du polygone de sustentation avant le démarrage de la marche". "Cette enfant bénéficie très certainement de la kinésithérapie dans les périodes où sa maladie lui laisse quelques répit. Ce sont les seuls moments où la kinésithérapie peut être efficace".

12 Août 1985

Magalie a 2 ans et 4 mois. Elle fait plusieurs fois quelques mètres en marchant seule. Elle a tendance à se mettre sur la pointe des pieds. Elle commence à manger seule, à dire quelques mots. L'examen clinique ne retrouve que des R.O.T. vifs polycinétiques avec trépidation épileptoïde du pied droit.

24 Avril 1986

3 ans. La propreté diurne et nocturne n'est pas acquise. Elle ne présente plus de crises. les R.O.T. sont moins vifs des 2 côtés.

20 Janvier 1987

Parle mieux mais bégaye. Elle tombe encore facilement et le balancement des bras à la marche n'est pas acquis.

27 Avril 1987

Magalie a 4 ans. Elle veut s'habiller et manger seule. Elle n'arrive pas à monter les escaliers. Il n'y a toujours pas de balancement des bras à la marche.

L'examen clinique retrouve:

- des R.O.T. vifs, polycinétiques, avec une trépidation épileptoïde du pied droit. un genu valgum. Un strabisme convergent à droite.

7 Mai 1987

- Est propre de jour et de nuit. Mange seule. Fait des petites phrases avec verbes à l'infinitif. Persistance de difficultés dans la motricité fine.

2 Octobre 1990

Magalie a 7 ans ½. Diminution de l'acuité visuelle avec 1/10^{ème} à l'oeil droit et 4/10^{ème} à l'oeil gauche sans correction.

18 Janvier 1993

Magalie a 9 ans et 9 mois.

Examen clinique : ROT toujours vifs. Apparition d'une scoliose lombaire sans inégalité de longueur des membres inférieurs.

9 Mars 1995

Magalie est âgée de 11 ans et 10 mois.

- sur le plan moteur :

- démarche beaucoup plus souple mais persistance de réflexes vifs et polycinétiques aux membres inférieurs.
- scoliose avec très discrète gibbosité qui ne s'est pas accentuée depuis l'année dernière.
- début de puberté.
- consultation avec l'ophtalmologiste : AC visuelle inférieure à 1/10^{ème} à droite et à 8/10^{ème} à gauche sans correction.

2.3.3. Evolution et devenir de Magalie

Dès son retour au domicile de ses parents, Magalie a été "stimulée" par la présence de sa soeur Sophie : elle va beaucoup jouer avec elle. L'arrivée de son frère Mathieu en 1987 dynamise la relation de tous les membres de la famille. Magalie est scolarisée le matin, deux jours par semaine, en juin 1986, à 3 ans. Elle sera présente à l'école tous les matins dès le mois de septembre de la même année.

Le bilan psychologique du 14 octobre 1986 mentionne que l'enfant âgé de 3 ans et 6 mois : « n'emploie pas le "je", ne se nomme pas par son prénom, est écho-

laliq, ne s'habille pas seule, alterne les pieds pour monter les escaliers si on lui tient la main, cligne moins des yeux qu'auparavant, est intéressée par les émissions télévisées, applaudit lorsque autrui applaudit.

Sur le plan du graphisme, on note qu'elle : imite la direction d'un trait, fait une ébauche de cercle, n'a pas acquis la latéralisation.

Le test de Brunet-Lezine, objective un petit niveau de 2 ans ».

Magalie, 4 ans, est évaluée par le même psychologue le 7 mai 1987.

↳ Au niveau du langage :

Elle dit "moi" ou "Lili" pour parler d'elle. Elle n'est plus écholalique, elle fait des petites phrases.

↳ Au niveau du comportement :

Elle est beaucoup plus autonome.

↳ Au niveau instrumental :

Le retard reste du même ordre. Le test de BRUNET LEZINE conclue à un âge de développement de 2 ans et 3 mois pour un âge réel de 4 ans.

↳ Sur le plan médical :

En décembre 1989 après contrôle EEG, tout traitement anticonvulsivant est arrêté. Magalie a 6 ans et 8 mois.

2 Avril 1990

Magalie a refait cette année une grande section de maternelle. Elle a 6 ans et 10 mois.

↳ Sur le plan verbal :

Elle connaît tous les jours de la semaine dans l'ordre, les saisons et les mois. Il lui est plus difficile de réfléchir sur des concepts verbaux. La numération commence à se mettre en place ; elle est capable d'énumérer. Son niveau de vocabulaire est encore un peu faible.

↳ Sur le plan performance :

Elle présente de nettes difficultés dans les épreuves de discrimination visuelle et dans celles de reproduction de figures complexes. On retrouve également des difficultés graphiques notamment des dessins spontanés. Par contre, elle est capable de reproduire très lisiblement une phrase écrite. Magalie reste fatigable, a du mal à se concentrer longtemps, est extrêmement lente dans ses exécutions et est encore très distractible. Néanmoins c'est "une enfant accrocheuse qui a envie de réussir".

En septembre 1990, Magalie, 7 ans, entre en C.P. d'adaptation.

Dès septembre 1991, elle réintègre le CE₁. Sa scolarité va évoluer normalement avec de bons résultats scolaires particulièrement en Français. A 12 ans et 5 mois, Magalie entre en sixième normale.

EN RÉSUMÉ

Née à terme sans problèmes néonatalogiques, Magalie L. a présenté à un mois ½ une fracture pariéto-temporale droite en étoile, une fracture de l'épiphyse humérale droite, une paralysie du plexus brachial droit consécutifs aux mauvais traitements de sa mère à son égard.

Le bilan d'extension (FO, EEG, échoencéphalogramme, échographie abdominale, scanner cérébral) n'a décelé aucune lésion associée.

Elle a présenté à 2 mois, des mouvements toniques, à 4 mois, des absences répétées, à 10 mois, une première crise généralisée d'épilepsie. Un traitement anticonvulsivant a été institué. Un diagnostic de syndrome de *Lennox - Gastaud* sera évoqué puis abandonné devant l'évolution favorable de la symptomatologie convulsive.

Le suivie clinique a fait craindre dès l'âge de 3 mois, un retard psychomoteur. En raison de difficultés lors de la marche, une prise en charge psychomotrice et un kinésithérapie ont été institué durant sept ans.

L'évolution clinique a été favorable et tout traitement a été arrêté en 1989. En 1995, Magalie a 11 ans et suit un cursus scolaire normal.

La mère de Magalie a été condamnée à 3 ans de prison avec sursis et 5 ans de mise à l'épreuve. Magalie a été placée en famille d'accueil. Le retour de l'enfant au domicile familial n'a pu être négocié qu'avec le travail des psychiatre, psychologue, infirmière et travailleuse familiale auprès de Madame L.

L'annonce d'une troisième grossesse pour Madame L., en 1986 (Magalie a 2 ans) a permis la mise en place d'un système de prévention de la maltraitance tant pour Magalie que pour le nouveau-né.

Le suivi, sur 12 ans de cette famille, apporte la notion de nécessité de travail pluridisciplinaire « au long cours » face à une situation de maltraitance.

3. - COMMENTAIRE : SUR L'OBSERVATION

3.1. - L'HISTOIRE DE MAGALIE

A son arrivée à l'hôpital, Magalie est apathique, ne sourit pas, présente par intermittence des mouvements rythmiques de la tête, signes qui semblent montrer le dysfonctionnement de la relation mère-enfant. Cette pauvreté relationnelle et le manque de stimulation de cette enfant peuvent être corrélés à l'absence de regard précis et de sourire dirigé. Son séjour assez long à l'hôpital, avec la difficulté de maintenir des repères précis dans cet univers (lieu, personnes) n'a certainement pas favorisé la mise en place de ses acquis psychomoteurs. Son état clinique, avec l'apparition d'une comitialité, n'a probablement fait qu'aggraver ce retard.

Le lien entre la comitialité et les séquelles d'un traumatisme crânien en rapport avec la maltraitance peut être discuté. En l'absence d'IRM, les examens réalisés, lors de la prise en charge (échographie, transfontannellaire, puis un scanner 1 mois plus tard) n'étaient pas assez performants pour permettre de connaître le niveau exact des lésions. Malgré l'absence d'antécédents familiaux, une comitialité idiopathique d'évolution spontanément favorable totalement contingente n'est pas exclue.

Lors de son placement en famille d'accueil, elle s'adapte bien et cette nouvelle situation lui apporte unité de lieu et de personne. Ce qui sera difficile à conserver par la suite du fait des nombreuses modifications du droit d'hébergement.

Elle est décrite (par les différents professionnels qui vont la suivre) comme une enfant fatigable, ayant du mal à se concentrer et extrêmement lente dans ses exécutions. Éléments qu'il est possible de rattacher au retard global des acquisitions motrices et psychologiques, à l'alternance maison famille d'accueil - maison familiale, mais aussi favorisés par l'absence de relation constructive mère-enfant. Magalie ne trouvera auprès de sa mère ni guidance, ni encouragements, ni même réprobation. Seulement indifférence. Elle en conservera un manque d'assurance dans son comportement.

Elle a pu bénéficier d'une prise en charge au long cours, tant psychomotrice que kinésithérapique et médicale. Alors que le pronostic à son égard était réservé, il semble que la pérennité de ces actions conjointes a permis à cette enfant d'éliminer les handicaps tant physique que psychologique liés au traumatisme de la maltraitance.

3.2. - L'HISTOIRE DU COUPLE

3.2.1. *Monsieur L.*

Monsieur L. est agriculteur sur un domaine isolé dans le nord-est de la Creuse. Il est issu d'une famille de huit enfants. Ses parents sont agriculteurs et habitent à quelques kilomètres de son exploitation. Monsieur L. part dès le matin travailler dans les champs et ne rentre le plus souvent que le soir.

Monsieur L. et sa famille sont "inconnus" des services sociaux et le Docteur G. les décrits comme une famille "rurale". Monsieur L., après les violences subies par sa fille, se montrera très présent auprès d'elle, modifiera ses horaires et ses jours de travail en fonction des visites autorisées chez l'assistante maternelle. Pour l'équipe médico-psycho sociale, il sera le "pilier central de la famille" sur lequel elle s'appuiera pour permettre un retour définitif de Magalie dans son foyer.

3.2.2. Madame L.

Madame L. est ouvrière d'usine et arrête son travail dès son mariage. Elle perd très vite tout "contact" avec ses collègues de travail car elle n'a pas son permis de conduire et reste donc en permanence sur l'exploitation (le samedi son mari va faire les "courses").

Elle a bien accepté sa première grossesse et Sophie est régulièrement suivie en consultation par le Docteur G. Sa deuxième grossesse est non désirée et trop rapprochée. Elle ne l'a acceptée qu'à contrecœur.

A l'accouchement elle manifestera ce refus de l'enfant, par ses paroles et en ne participant volontairement pas à l'effort d'expulsion.

De retour à son domicile Madame L. assume les travaux de la ferme en plus des tâches quotidiennes. Travaux de ferme qu'elle dit apprécier car "ils lui permettent de sortir de la maison". Sa fille aînée (10 mois 1/2) la suit la plupart du temps. Magalie reste souvent seule. Plus tard, elle dira que les repas de Magalie étaient pénibles car elle "ne faisait que de régurgiter".

Lors de la visite de l'infirmière de P.M.I. du secteur, (visite systématique après une naissance), elle s'exprime peu, dit que tout va bien mais regrette d'avoir été obligée d'arrêter de travailler en dehors de l'exploitation, car ce travail lui plaisait.

Quelque temps plus tard, "ne supportant plus les pleurs de Magalie" elle passe à l'acte, blesse son enfant, mais pour autant ne l'avoue ni à son mari, ni au médecin généraliste, ni au médecin des urgences.

Elle apparaîtra alors comme une femme renfermée sur elle-même, distante avec sa fille et l'ensemble des personnes qui seront amenées à la côtoyer. Elle est maladroite dans ses gestes et parle très peu à Magalie. Elle ne se rend aux séances de psychothérapie que parce qu'elles lui ont été imposées par le Juge des Enfants, elle va aux consultations du psychiatre en "pensant que cela aura une action au niveau de la décision de justice" (décembre 1983).

Elle commencera à s'exprimer plus spontanément, en juin 1984, lors des séances de psychothérapies familiales.

Monsieur L. continuant, lui, d'être très coopératif.

En Août 1984, elle est capable d'exprimer ses "possibilités et ses limites dans la relation avec sa fille" ; son adhésion au suivi psychothérapique se trouve renforcée par l'amélioration de l'état clinique de Magalie. Bien que, pour le psychiatre qui l'a prise en charge, "l'acte de maltraitance est un acte qui a dépassé la pensée de la mère", Madame L. garde encore une grande angoisse et un fort sentiment de culpabilité par rapport à Magalie.

Sentiments, qu'elle exprime par des pleurs lorsqu'elle constate le handicap physique de sa fille, et qui lui font être maladroit dans les soins qu'elle doit lui procurer.

En 1985, le désir de reprendre Magalie est couplé au sentiment d'aide à l'amélioration de sa santé et donc de son bien-être. Le lien mère-enfant est renoué.

Elle continuera encore pendant quelques mois à recevoir la psychologue de P.M.I., chez elle, le mercredi après-midi.

Puis en 1986, elle contacte cette dernière et lui demande de venir la voir. Elle annonce alors une troisième grossesse et refuse l'I.V.G. que lui propose la psychologue. Elle désire un garçon.

L'équipe psycho-sociale se remobilise : infirmière de P.M.I. et psychologue de P.M.I. se relaieront régulièrement au domicile de Madame L. et cette dernière accepte de reprendre les consultations avec le psychiatre.

La grossesse et l'accouchement se dérouleront bien. Mathieu 3 kg 850 né en 1987, est très bien accepté aussi bien par les parents que par les deux aînées.

Aucun état de maltraitance n'a été constaté (équipe socio-psychologique, médecin) par la suite à l'encontre d'aucun des enfants.

3.3. - LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA FAMILLE

Le Docteur G. qui connaît très bien Monsieur L. et sa famille, n'a jamais eu de vrais rapports de confiance avec Madame L. Celle-ci est toujours restée très distante et réservée avec lui. Une fois la feuille de déclaration de grossesse (pour Magalie) remplie, Madame L. n'a jamais exprimé la moindre crainte à l'encontre de son état, tout comme elle ne parlait jamais du bébé à venir.

Pour le médecin généraliste, il semble que cette grossesse lui ait été plus ou moins imposée ; dans un milieu rural où l'on conçoit difficilement une famille avec un seul enfant.

D'autre part, il signale n'être jamais allé au domicile de Magalie avant ou après sa naissance ; Peut-être aurait-il pu ainsi constater certains éléments capables de l'alerter quant au futur comportement de la mère (coin repos ou chambre pour le bébé, maison laissée à l'abandon, mauvaises règles d'hygiène...).

Même après le retour définitif de Magalie chez elle, il n'a revu cette enfant qu'au cabinet, en consultation, amenée le plus souvent par le père seul.

D'autre part, jamais grands-parents, oncles et tantes n'ont abordé cet événement avec lui ou ne lui ont demandé conseil.

Pour lui, le "non-dit" sur cet épisode de la vie de Magalie cimenter ses relations avec cette famille et "il n'est pas certain que si le père avait été au courant du geste de sa femme, l'enfant lui eût été amenée en consultation". Il continue de voir Monsieur et Madame L. et leurs enfants, mais toujours en consultation.

3.4. - EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DANS CETTE SITUATION DE MALTRAITANCE

Elle a pour but d'apprécier le dysfonctionnement familial, et, par conséquent, le danger encouru par l'enfant dans sa famille. Si elle doit être principalement centrée sur l'enfant, cette situation des relations affectives parent/enfant doit aussi tenir compte de la personnalité des parents et de l'environnement socio-économique et culturel.

3.4.1. Conditions de la grossesse

L'étude des conditions de la grossesse fournit déjà des indications.

Il s'agit d'une grossesse refusée dans un premier temps, puis acceptée "contre-raison". L'accouchement avec le refus clairement exprimé d'expulser l'enfant, confirme cet état de fait. Ce dernier étant suffisamment marquant pour être consigné dans le dossier d'hospitalisation en gynécologie obstétrique. Nous constatons également que cette grossesse est très rapprochée par rapport à la première naissance.

3.4.2. Facteurs propres à l'enfant

Nous pouvons penser qu'en fait, dès sa conception Magalie est refusée par sa mère. L'accouchement, étape ultime de la grossesse, est refusé par la mère qui ne veut pas voir se concrétiser un événement qu'elle rejette depuis neuf mois.

De retour à la maison, Magalie mange peu, régurgite souvent et ne fait que pleurer. Elle profite donc peu et ne peut être l'objet d'admiration de l'entourage, ce qui aurait valorisé ce bébé aux yeux de sa mère.

Magalie, souvent seule dans son berceau, est peu stimulée et ne fait que pleurer. Elle ne sourit pas, même en présence du visage de sa mère. De même que cette dernière parle peu ou pas à sa fille (fait remarqué par l'équipe de pédiatrie).

Nous sentons que la mère ne s'est pas attachée à son enfant, qu'elle n'a pas établi de lien avec lui. Si ce n'est à travers les pleurs du bébé, qui, rapidement, sont vécus comme une vraie agression de celui-ci envers sa mère. Cette dernière prête bientôt à son enfant des intentions que, bien entendu, il ne peut avoir à cet âge. Ses besoins, ses activités sont ressentis comme une attaque dirigée contre elle.

Son passage à l'acte à l'encontre de Magalie est une façon de se défendre face à ces agressions. Puis ensuite, il semble que la culpabilité ressentie face à ce geste, va l'obséder totalement au point de penser ; « mon enfant me rejette, il ne veut pas de moi, il trouve que je suis une mauvaise mère ».

Ce dernier argument peut expliquer en partie, le fait qu'elle n'ait pas relaté son geste à son mari, qu'elle ait ensuite modifié la réalité pour ne la dévoiler que six jours plus tard. Le sentiment de culpabilité qui va "l'envahir" sera entretenu par le comportement de Magalie (absence de sourire à sa mère, pleurs en sa présence ou plus tard lorsqu'elle la prendra dans ses bras) et les séquelles physiques (difficultés à la marche).

3.4.3. Facteurs liés à l'environnement socioculturel

Ce couple vit dans un isolement social presque complet ; pas de relations, à part la famille paternelle, pas de sorties, sauf pour faire des réserves alimentaires. La mère regrette d'avoir dû arrêter son travail en usine, de n'avoir pas de permis de conduire ; bien qu'elle dise aimer le travail de la ferme.

Elle s'exprime peu et son mari étant absent la majorité du temps ; elle finit par très peu communiquer avec son entourage proche.

Il est à noter également une pauvreté culturelle qui ne lui permet pas de décharger son agressivité sur un mode symbolique ou verbal.

3.5. - DYNAMIQUE DE LA MALTRAITANCE

Nous pensons que cette femme peut-être considérée comme une actrice interprétant un rôle dans un scénario qu'elle n'a pas écrit.

Il y a en effet ici, quelque chose d'inéluctable qui se réalise, un événement presque prévisible à partir du moment où cette femme devient mère et se trouve impliquée de ce fait, dans une relation avec un enfant.

Les troubles du sommeil du nourrisson font réagir la mère (« elle est toujours en train de pleurer et empêche tout le monde de dormir »), d'une part parce qu'ils la fatiguent, mais aussi parce qu'elle se sent persécutée par son enfant... jusque dans son sommeil.

L'arrivée de Magalie à la ferme, a impliqué des sacrifices de la part de la mère.

Or, le fait de se sacrifier, c'est-à-dire de renoncer sur le moment à des satisfactions pour les retrouver plus tard, quand l'enfant dormira ou sera plus grand, est une démarche parfois très difficile pour certaines personnes.

Elles deviennent alors intolérantes à la frustration. L'enfant, obstacle à la satisfaction immédiate de leurs désirs, peut provoquer, chez le parent ainsi confronté à une impuissance frustrante, un passage à l'acte violent.

3.6. - EVOLUTION DES RELATIONS MERE/FILLE

Nous avons pu dire que Madame L. a renoué un lien avec Magalie à partir du moment où elle exprime le désir de la reprendre définitivement chez elle. Dans ce contexte, l'enfant est "attendue" tout comme la naissance du bébé Magalie aurait dû l'être.

A partir de ce que l'on peut considérer comme une deuxième grossesse et un deuxième accouchement., Madame L. réinvestit son enfant et lui accorde toutes attentions nécessaires à son développement physique et psychomoteur.

Cette progression est, néanmoins, assez longue, comme si Madame L. devait réapprendre à être mère.

Dans un premier temps, ses démarches vers sa fille seront peu spontanées et il faudra l'aide de la psychologue de P.M.I. pour qu'elle comprenne "qu'elle doit encourager Magalie lorsqu'elle fait un progrès, ou la fâcher lorsqu'elle fait une bêtise".

Magalie, elle aussi, perçoit les difficultés de sa mère. Elle avance par étapes dans le renouement de ses relations avec celle-ci : d'abord le sourire, puis le babillage et plus tard (1985) le fait d'aller se blottir spontanément dans ses bras.

L'ensemble des éléments en notre possession montre que Magalie est devenue une enfant réfléchie et volontaire, bien intégrée dans le système scolaire.

Ce qui peut laisser supposer (bien qu'il ne nous ait pas été possible de rencontrer les protagonistes) un rapport mère/fille redevenu normal.

4. - LA MALTRAITANCE : DISCUSSION

A travers les siècles, l'amélioration du bien être de l'enfant a de beaucoup été influencée par l'évolution de la société, les progrès et les applications plus larges de la médecine. Pourtant sous le couvert de l'Education, nombre d'enfants ont eu à souffrir de mauvais traitements et d'absence d'amour de leurs parents.

Quelle est donc la limite entre éducation et maltraitance ? Entre pratiques culturelles et mauvais traitements systématiques ? Entre pauvreté morale et abandon psychologique volontaire ?

4.1. - LES DIFFICULTES DE DEFINITION

Depuis une dizaine d'années, professionnels de l'enfance, juristes, hommes d'état cherchent à donner une définition des mauvais traitements.

Mais le vocabulaire est lui-même piégé et différents vocables utilisés comme synonymes ne le sont pas :

Maltraitance, sévices, sévir, abus, abuser, exploiter.

Sévices : mauvais traitements corporels exercés sur quelqu'un qu'on a sous son autorité, sous sa garde.

Sévir : exercer la répression avec rigueur.

Maltraitance : c'est un néologisme.

Abus : action d'abuser d'une chose, usage mauvais, excessif ou injuste.

Abuser : user mal avec excès ; dépasser la mesure ; Tromper quelqu'un en abusant de sa crédulité.

Exploiter : utiliser pour le profit.

En France, même si la loi récente du 10 juillet 1989 désigne bien les mauvais traitements, elle ne les définit pas. La Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989 sur les droits de l'enfant parle, dans son Article 19, de la protection de l'enfant sans donner de définition précise de ces différents termes. (31)

L'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas) a proposé la définition suivante :

"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". (23)

Cette définition, qui rejoint la distinction faite par les auteurs anglo-saxons en quatre catégories : physical abuse, neglect, emotional abuse, sexual abuse, (43) ne retient que la description de l'enfant victime, sans rechercher si l'agresseur a,

ou non, autorité sur l'enfant, ou s'il s'agit, ou non, d'un adulte. De même, la notion d'intentionnalité n'a pas été retenue, et on ne nomme pas les violences institutionnelles.

Toutes ces notions que, par contre, reprend et pénalise le nouveau Code Pénal, entre en vigueur le 1^{er} mars 1994. Le Code de la Famille et de l'Aide Sociale introduit, par son article 69, la notion "d'enfant présumé maltraité". (12)

De ce fait, l'ensemble de ces essais de définitions des mauvais traitements amène à distinguer trois groupes d'enfants dont les situations sont caractéristiques d'un danger menaçant ou ayant atteint leur intégrité tant physique que morale.

4.1.1. Enfant victime de mauvais traitements

Cette définition s'applique aux enfants victimes de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur leur développement physique et psychologique et exercé par un adulte ayant autorité sur lui, (cette définition inclue la maltraitance institutionnelle).

La cruauté mentale et la négligence lourde ne peuvent être qualifiées que par leur caractère de gravité, tant par les comportements extrêmes que l'adulte exerce sur l'enfant que par la gravité des conséquences sur le développement ultérieur de l'enfant.

↳ **La cruauté mentale** consiste en l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse ses capacités d'intégration psychologique : humiliation (verbale ou non), menaces verbales répétées, marginalisation systématique, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportionnées à l'âge de l'enfant. Consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter.

↳ **La négligence lourde** est signée à des stades différents par la dénutrition, l'hypotrophie staturo-pondérale, le nanisme psychosocial.

4.1.2. Enfant en danger

Ou encore « Enfant à risque d'être maltraité ».

Le décret du 7/01/89 le décrit comme un enfant ayant des "conditions d'existence qui risquent de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité ou son éducation". Il s'agit ici d'appréciations très aléatoires et recouvrant des situations aussi diversifiées que la négligence, la non fréquentation scolaire, les soins non appropriés, le délaissement, etc.

Par définition, cet enfant risque d'être maltraité, ne l'est pas encore et ne le sera peut-être jamais. Apparaît ainsi la notion de facteurs de risque tels que,

- ↳ Facteurs de vulnérabilité de la vie familiale :
 - ♦ Isolement
 - ♦ Séparation
 - ♦ Deuil

- ↳ Pathologie parentale :
 - ♦ Débilité
 - ♦ Psychopathologie
- ↳ Dysfonctionnement des interactions précoces mère-enfant.

4.1.3. Enfant en souffrance

Enfant aimé, mais mal aimé ; soigné mais qui souffre des conditions de la vie urbaine ou des modèles véhiculés par la vie moderne ; enfant qui n'échappe pas au contrôle de la loi parentale d'appropriation totale ; enfant à la clef, enfant déménagé ; enfant pressé, forcé, déguisé. Pour l'ensemble de ces situations, l'enfant n'est pas considéré par ses parents comme pouvant avoir des désirs différents des leurs.

4.2. - FREQUENCE

4.2.1. L'estimation des données.

En France, à ce jour, l'état des études ne permet d'avancer que des chiffres estimatifs concernant le nombre d'enfants en danger.

Selon le Secrétaire d'Etat chargé de la Famille.

- 40 à 50 000 enfants seraient maltraités par an.
- 300 à 600 enfants par an décèdent par suite de mauvais traitement

(ce qui correspond à la seconde cause de mortalité en France après la mort subite du nourrisson).

- 90 000 enfants font l'objet d'une mesure d'assistance éducative
- la répartition par âge montre que :
 - 80 % des enfants ont moins de 3 ans
 - 40 % des enfants ont moins de 1 an

De part la loi du 10 juillet 1989, chaque département se doit de mettre en place un dispositif d'observation de l'enfance en danger.

Concrètement, il suppose un travail de synthèse regroupant l'Aide Sociale à l'Enfance, les services de justice, l'Education Nationale, les hôpitaux, la police, la gendarmerie et les associations.

Cette coordination est encore loin d'être obtenue dans l'ensemble des départements français.

L'Observatoire national de l'action décentralisée (Odas) essaie de regrouper et d'analyser les chiffres recueillis à partir des signalements comptabilisés par les départements. Ne sont donc pas recensés les cas pris en charge dans le cadre

d'une mesure éducative ainsi que ceux ayant fait l'objet d'une saisine judiciaire. Cela laisse donc présumer que les nombres avancés sont bien sous-évalués.

Ainsi, pour qu'un signalement soit retenu il doit s'agir d'une situation évaluée, rédigée et pour laquelle il est proposé des mesures de prise en charge.

L'Odas dispose de trois ans de recul : 1992 - 1993 et 1994.

Les résultats comparés ci-après, sont établis à partir d'enquêtes nationales.

Pour 1994, 92 départements français ont répondu positivement, deux ont refusé explicitement de participer à l'étude et six autres n'étaient pas en mesure de répondre dans les délais impartis.

4.2.2. Les enfants en danger.

TABLEAU IV

Signalements	1992	1993	1994
Nombre d'enfants maltraités	15 000	15 000	16 000
Nombre d'enfants en risque	20 000	30 000	38 000
Nombre d'enfants en danger	35 000	45 000	54 000

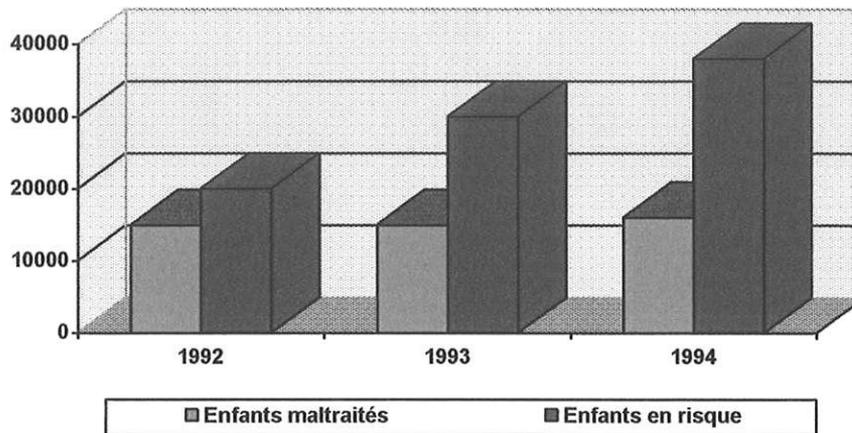
On constate une augmentation importante du nombre d'enfants en danger.

Pour l'expliquer, deux hypothèses sont généralement avancées :

- fragilisation sociale des familles.
- meilleur repérage des situations.

Ce dernier point est le fait des services d'actions sociales des départements qui, mieux sensibilisés, mieux formés permettent une évolution qualitative réelle des dispositifs de repérage.

TABLEAU V

**NOMBRE D'ENFANTS CONCERNES
EN FRANCE**

source ODAS

Il faut ainsi relever que l'augmentation du nombre d'enfants en danger concerne d'avantage les enfants en risque que les enfants maltraités.

Deux explications peuvent être retenues :

- amélioration du dépistage précoce.
- affinement des définitions permettant un classement différent des situations de maltraitance.

4.2.3. L'intervention de la justice

TABLEAU VI

	Signalements administratif	Saisine judiciaire
1992	35 000	25 000
1994	54 000	31 000

Pour expliquer l'augmentation du nombre de saisines judiciaires plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- aggravations des situations familiales.
- conditions et limites du travail social.

De nombreux départements ont d'ailleurs souligné les difficultés rencontrées par le travail social. Puisque de plus en plus fréquemment il se trouve confronté à des familles ayant une fragilité importante ou une psychopathologie lourde. On constate un abaissement de l'âge de la délinquance.

Se pose aussi la question sur la capacité du travail social à assumer ses missions pour ce qui concerne, notamment, l'accompagnement des mineurs victimes d'abus sexuels, et laissés au domicile.

Même chose pour la prise en charge dans la durée des enfants maltraités et de leur famille.

Arguments qui entrent probablement en compte dans ce qui, au cours de la prise en charge préventive, va déclencher la saisine judiciaire.

4.2.4. Les classifications des cas de maltraitance

TABLEAU VII

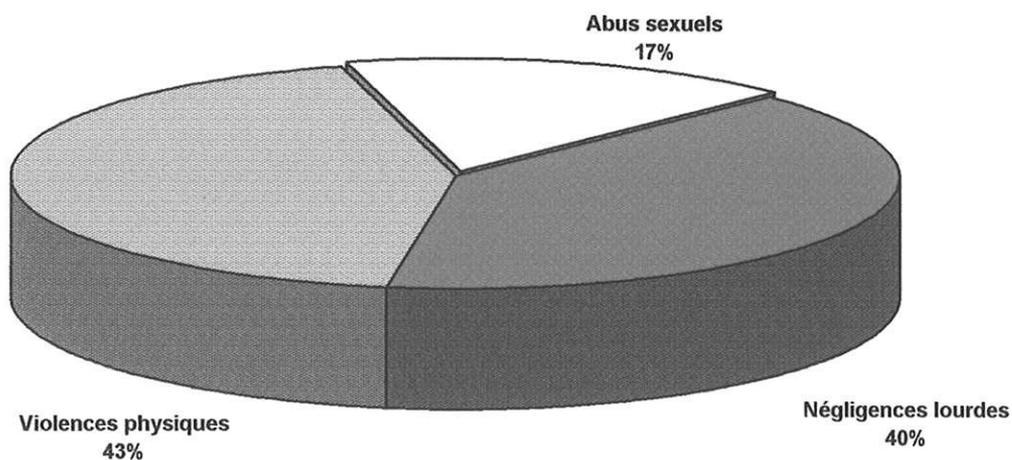
NATURE DE LA MALTRAITANCE	1992	1993	1994
Violences physiques	6 500	6 500	7 000
Abus sexuels	2 500	2 500	4 000
Négligences lourdes			4 000
Cruauté mentale	6 000	6 000	1 000
Total des enfants maltraités	15 000	15 000	16 000

En 1992 et 1993, les cas relevant de cruauté mentale et de négligences lourdes n'avaient pu être dissociés. Leur nombre est donc global.

On remarque que, si le nombre d'enfants maltraités augmente peu, celui des enfants victimes d'abus sexuels a presque doublé en deux ans.

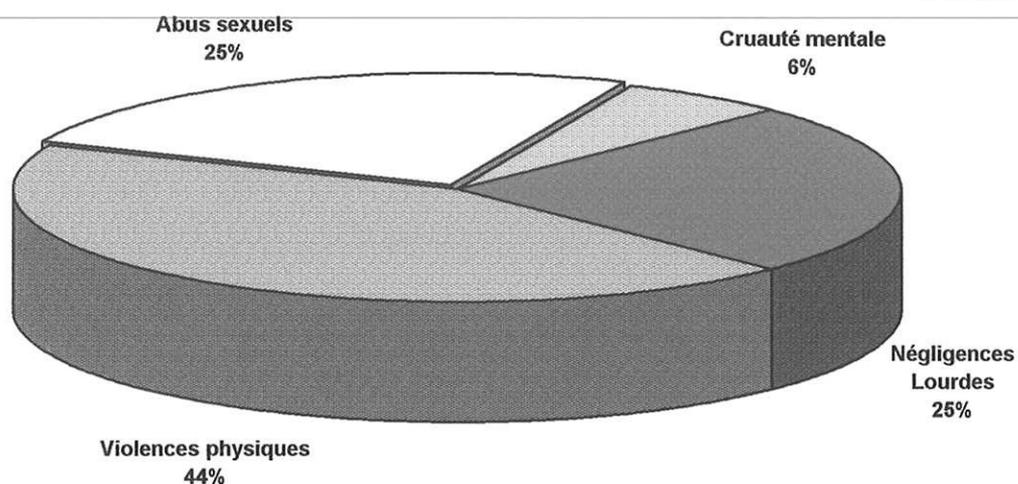
4.2.4.A - Nature de la maltraitance en France en 1993

FIGURE 1



4.2.4.B - Nature de la maltraitance en France en 1994

FIGURE 2



4.2.5. Les abus sexuels

Si les abus sexuels devaient être comptabilisés, la distinction entre agressions sexuelles et viols, n'est pas faite.

Il faut déterminer s'il s'agit réellement d'une augmentation du nombre d'abus sexuels ou si ce phénomène est seulement mieux connu et repéré. Néanmoins, il est évident que les campagnes de sensibilisation ont joué un rôle très important dans le dévoilement de ces situations, encore taboues.

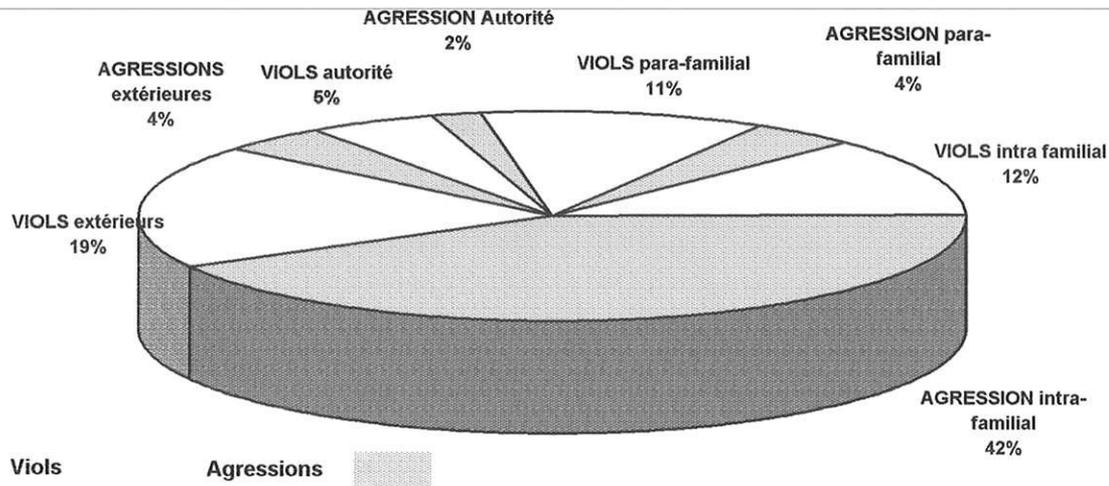
En témoigne le bilan suivant, réalisé à partir d'appels au numéro vert de S.O.S. Viol, sur une période de vingt jours.

Posons d'abord les caractéristiques suivantes :

- sur un an, cette association reçoit 1 200 appels concernant des viols et atteintes sexuelles.
- 50 % sont des viols intra ou para familiaux.
- 50 % sont des viols extérieurs.
- les victimes sont en égale proportion des victimes mineures ou majeures.

Pour cette période de vingt jours, les informations recueillies sont les suivantes :

FIGURE 3



de S.O.S. VIOLS

COMMENTAIRES : *est considérée comme agression sexuelle ou viol*

PAR AUTORITÉ : les actes où l'agresseur s'est servi de son statut et a abusé de son pouvoir (éducateur, médecin, ecclésiastique, patron).

EXTÉRIEUR : les actes commis à l'extérieur du milieu habituel par des personnes connues ou inconnues de la victime.

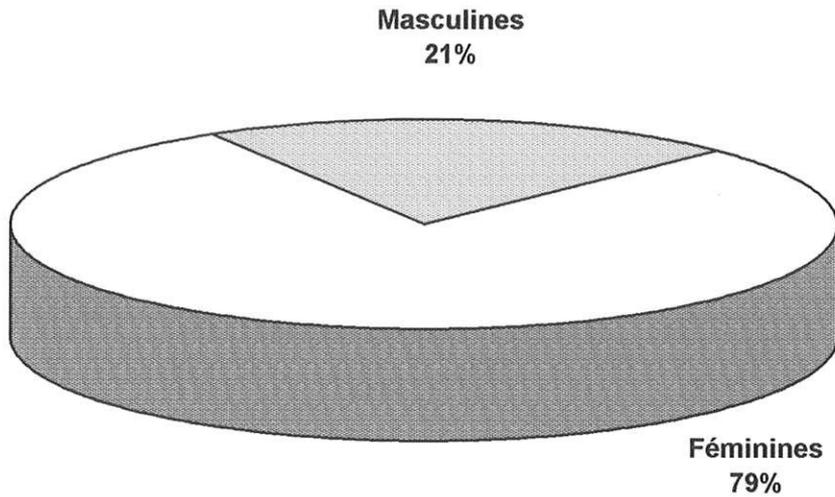
PARA FAMILIAL : les actes commis par des proches ou des substituts de parents (famille nourricière, amis, voisins).

4.2.5.A - Qui sont les victimes :

Sur l'ensemble des appels :

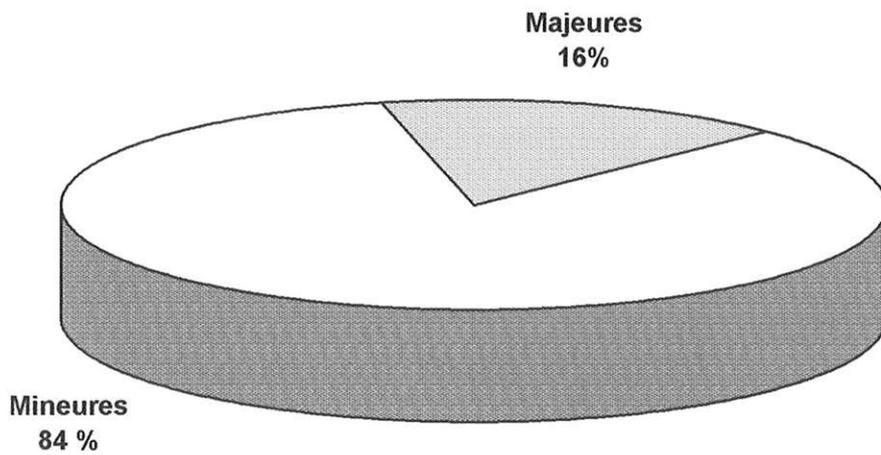
- 79 % sont des victimes féminines
- 21 % sont des victimes masculines

FIGURE 4



4.2.5.B - Quel est l'âge des victimes

FIGURE 5



Sur l'ensemble des appels :

- 16,11 % sont des victimes majeures avec :

84 % de sexes féminin.

16 % de sexe masculin.

Les mineurs sont les plus concernés par ce type d'abus et les garçons avec une proportion de 21,8 %, sont loin d'être « épargnés ».

Il ressort également de ces appels que 45,63 % des viols dévoilés, le sont pour des actes commis dans une période n'excédant pas deux ans.

Cela soutient l'idée que les personnes concernées (enfants comme adultes) arrivent maintenant à parler et peut être, surtout, sont mieux entendues et crues.

4.2.5.C - Qui sont les agresseurs

Trois cent quatre vingt dix agresseurs décrits en vingt jours avec la proportion suivante :

- 98,72 % sont des hommes

- 1,28 % sont des femmes

En fait, même si cette enquête n'est réalisée qu'à partir d'appels sur une période limitée dans le temps, ces résultats corroborent les inquiétudes de l'ensemble des professionnels de l'enfance maltraitée. Soucis largement exprimés dans le cadre des commentaires ouverts de l'enquête de l'Odas pour 1994.

4.2.6. Conclusion

Ces résultats d'enquêtes nationales sur l'enfance en danger montrent :

→ d'une part que le nombre d'enfants maltraités est loin d'être négligeable (sachant que le nombre d'abus sexuels devient préoccupant).

→ d'autre part, une véritable prise de conscience des travailleurs sociaux et de l'ensemble des personnes au contact avec des enfants.

→ enfin la nécessité d'un regroupement des signalements accompagné d'une étude plus précise des facteurs de risque afin de pouvoir permettre des études épidémiologiques nationales annuelles.

L'Odas propose donc un regroupement de données générales à recueillir lorsqu'un signalement devient effectif. Il comporte les vingt items suivants :

Pour l'enfant : un numéro d'identification, le sexe, l'année de naissance, la commune de résidence principale, notion ou non d'un signalement administratif ou d'une saisine judiciaire au cours des cinq dernières années, enfant dont la fratrie a déjà fait l'objet d'un signalement administratif ou d'une saisine judiciaire au cours des cinq dernières années, situation familiale de l'enfant au jour du signalement.

Pour les parents : leur catégorie socioprofessionnelle.

S'il s'agit d'un enfant maltraité : nature des mauvais traitements ayant déclenché l'information, nature des mauvais traitements retenus au terme de l'évaluation, auteur présumé ou connu des mauvais traitements et sa catégorie socioprofessionnelle.

S'il s'agit d'un enfant à risque : événement ayant déclenché le signalement, nature principale des risques retenus au terme de l'évaluation (éducation, entretien, moralité, santé physique ou psychologique, sécurité), source du risque.

Pour les deux catégories d'enfants : source la première information, information transmise par quel intermédiaire (S.N.A.T.E.M.....), nature de la décision prise par l'A.S.E., date du signalement.

Ces données minimales vont permettre de mieux connaître :

- la sensibilité publique aux problèmes de l'enfance.
- le profil socio-économique des familles.
- le facteur déclencheur du signalement.
- la mesure préconisée.

Cette première étape, bien mise en place dans les départements, va devoir permettre :

- d'accompagner cette connaissance des facteurs déclenchants les signalements d'une analyse des suites données et de leurs conséquences.
- de porter un regard critique sur des ensembles d'enfants dans la durée et dans l'espace et de procéder à une évaluation comparative de leurs parcours en fonction des mesures initiales prises pour eux.

C'est cette observation qualitative que l'Odas voudrait désormais initier en collaboration avec quelques départements intéressés par cette démarche et cette réflexion.

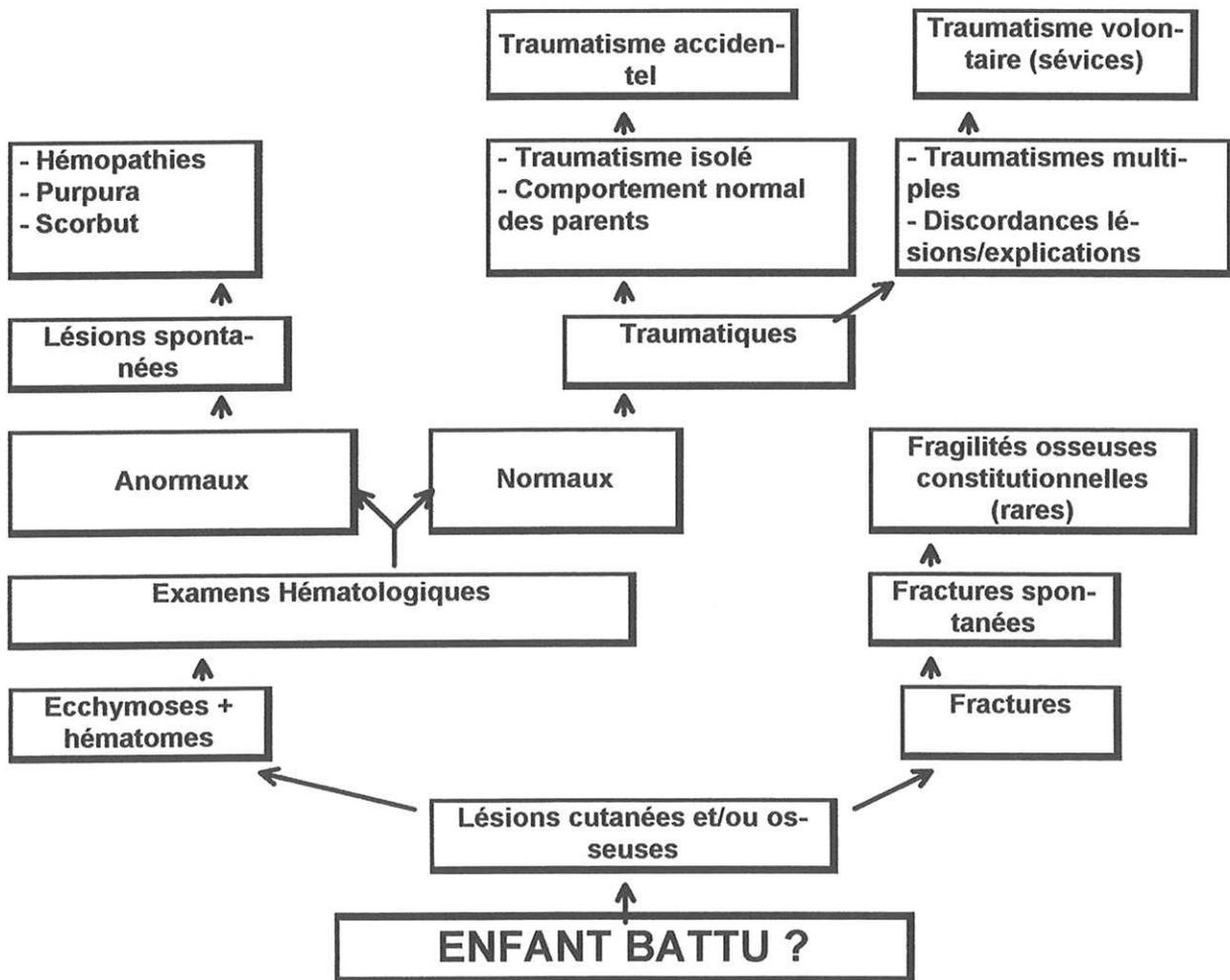
4.3. - SIGNES CLINIQUES PERMETTANT D'APPREHENDER UNE SITUATION DE MALTRAITANCE.

Tous les lieux et toutes les personnes qui accueillent des enfants, ainsi que les unités de soins peuvent être confrontés, un jour ou l'autre, à la reconnaissance de mauvais traitements exercés à l'encontre d'un enfant dont ils ont la charge.

Il faut donc, dans un premier temps, savoir identifier et évaluer les faits car il ne faut jamais oublier qu'un enfant victime de mauvais traitements :

- ♦ est en danger
- ♦ est menacé de mort (le taux de mortalité estimé est de 5 à 10 %)
- ♦ que son épanouissement psychologique et affectif peut-être compromis pour toujours
- ♦ est menacé de récurrence (50 à 60 % de taux de récurrence en l'absence de prise en charge adéquate). (43)

La sémiologie clinique de la maltraitance est, aujourd'hui, bien codifiée sans pour autant que le diagnostic en soit toujours aisé. Il faut donc, dans un premier temps, essayer de déterminer si l'enfant a été victime d'un traumatisme accidentel ou volontaire. L'arbre d'orientation suivant permet de juger rapidement de la clinique pour pouvoir prendre alors les décisions adéquates.



4.3.1. Lésions traumatiques

Elles sont nombreuses et variées.

Ce qui doit attirer l'attention, c'est leur multiplicité et leur localisation inhabituelle.

Chez un même enfant, plusieurs lésions sont très souvent associées au point de réaliser le "syndrome de l'enfant battu" ou "syndrome de **Silverman**". Sa découverte est le plus souvent radiologique avec atteinte prépondérante des os longs.

4.3.1.A - Les lésions tégumentaires

Elles constituent le stigmate le plus fréquent et le plus apparent des mauvais traitements.

4.3.1.A - a) - Les ecchymoses et hématomes.

Les examens complémentaires sont indispensables pour éliminer une pathologie hématologique s'exprimant par une symptomatologie cutanée. Le bilan biologique peut objectiver des troubles de la coagulation ou une thrombopénie. Les ecchymoses et hématomes constatés par le médecin sont à intégrer dans un tableau de maltraitance lorsque ces lésions présentent une sémiologie bien particulière.

DOIVENT ATTIRER L'ATTENTION :

- Des ecchymoses multiples siégeant sur le tronc, les lombes, les fesses, la partie interne des cuisses, les joues, le cuir chevelu.
- Des marques de doigts sur les joues à la suite de gifles ou d'une ouverture forcée de la bouche.
- Des ecchymoses secondaires à des manoeuvres de pincement ou de contentions forcées et retrouvées sur les bras.
- Des ecchymoses retrouvées au niveau de la paroi thoracique, de l'abdomen, de la face antérieure ou latérale du cou peuvent évoquer des manoeuvres d'étouffement ou de strangulation.
- Des ecchymoses palpébrales ou périorbitaires bilatérales doivent faire suspecter soit une paire de claques, soit un coup porté à la racine du nez.

Habituellement, les ecchymoses ont la forme et la taille des pulpes des doigts.

4.3.1.A - b) - Les plaies

- Griffures par coup d'ongles
- Traces de morsures en double croissant, dont la dimension permet d'affirmer qu'elles sont le fait d'un adulte.
- Plaies linéaires secondaires à des coups de fouet ou de martinet.
- Plaies curvilignes dessinant la boucle métallique d'une ceinture.
- Sillons circulaires sur les poignets et les chevilles évoquant une contention par liens.
- Plaies par instrument tranchant (couteau, lame de rasoir).
- Plaies endobuccales (ulcérations de la luvette ou du voile du palais) consécutives à l'introduction forcée d'une cuillère ou d'un liquide bouillant.
- Plaies génitales : ecchymoses ou plaies scrotales marques de striction pénienne, plaies des organes génitaux externes associées à un oedème ou des ecchymoses de la vulve.

4.3.1.A - c) - L'alopecie

Elle résulte d'arrachements brutaux et répétés des cheveux et se présente plus sous la forme de zones de raréfaction de la chevelure.

Elle est souvent associée à une tonsure occipitale témoin du maintien prolongé au lit.

Par ailleurs, il faut souligner que certains enfants maltraités s'arrachent leurs cheveux.

4.3.1.A - d) - Les brûlures

Sont fréquentes, parfois très graves et responsables de séquelles indélébiles.

- Brûlures avec des objets métalliques : fer à repasser, tisonnier, poêles, grilles d'appareils électriques.
- Brûlures par immersion dans une eau brûlante :
 - 1 - visibles sur la moitié inférieure du corps avec atteinte des organes génitaux.
 - 2 - atteinte symétrique des pieds ou des mains avec limites nettes au niveau des chevilles ou des poignets.
- Brûlures par cigarettes : excoriations arrondies, ténébrantes, souvent surinfectées et prenant alors le masque de l'impétigo.

4.3.1.B - Les fractures

4.3.1.B - a) - Chez le nourrisson

La déformation grossière d'un membre est exceptionnelle. On retrouve plus souvent : un gonflement, une impotence ou une douleur à la mobilisation. Ces signes imposent un bilan radiologique de tout le squelette du nourrisson. La scintigraphie osseuse de tout le corps peut permettre d'éliminer les anomalies constitutionnelles ou tumorales acquises du squelette. Celles-ci aggravant ou orientant faussement vers un tableau de maltraitance ; les radiographies standard, les incidences spécifiques permettent d'apprécier la localisation et l'importance des lésions. Ils permettent donc parfois, de mettre en évidence un ensemble de lésions osseuses multiples, d'âges différents, le plus souvent négligées, réalisant le **Syndrome** de **Silverman** qui se définit par :

- des décollements périostés, avec hématomes sous périostés.
- des fractures diaphysaires, avec des calcs visibles.
- des arrachements métaphysaires.

Les images radiologiques montrent un arrachement cunéiforme métaphysaire. L'arrachement métaphysaire complet réalise l'image dite en "anse de seau". (27) (43)

4.3.1.B - b) - Chez l'enfant plus grand

Les fractures des membres n'auront de spécificité dans ce cas que lorsqu'elles seront associées à d'autres lésions traumatiques ou lorsqu'elles seront de découverte radiologique.

4.3.1.B - c) - A tous les âges, sont retrouvées :

- fractures du crâne (isolées ou en damier)
- fractures de côtes
- fractures des os propres du nez réalisant la déformation caractéristique en "nez de boxeur", lorsqu'elle s'accompagne d'une lyse de la cloison nasale et des cartilages alaires. (28)
- lésions rachidiennes pouvant ne s'accompagner d'aucune symptomatologie clinique. Mais l'attention peut être attirée par une déformation de la colonne vertébrale ou plus grave par des signes neurologiques traduisant une lésion médullaire. (coup de bâton).

4.3.1.C - Autres lésions

4.3.1.C - a) - L'hématome sous dural :

Il se révèle le plus souvent chez un nourrisson de moins d'un an par des signes neurologiques : troubles de la conscience, crises convulsives, déficit moteur, troubles du tonus ; parfois la symptomatologie est moins évocatrice : vomissements, accès de cyanose et de pâleur, apnée.

↳ le diagnostic s'appuie sur trois examens complémentaires :

- l'examen du fond d'oeil qui révèle très fréquemment des hémorragies rétiniennes périvasculaires en plaques ou en flammèches, parfois associées à un oedème prérétinien.
- l'échotomographie cérébrale.
- essentiellement la tomodensitométrie (scanner) qui précise le siège, le volume et même le caractère aigu ou subaigu de l'épanchement, l'association à un oedème, à une atrophie cérébrale.

↳ l'hématome sous dural peut mettre en jeu le pronostic vital du nourrisson. Il est la cause de la majorité des décès consécutifs à des mauvais traitements. Il laisse souvent des séquelles neurologiques définitives, motrices, sensorielles, épileptiques.

↳ Il peut-être consécutif :

- à des coups violents et répétés exercés sur la tête de l'enfant
- à des secousses antéropostérieures, des mouvements d'accélération-décélération exercés au niveau de la tête d'un nourrisson de quelques mois. (43)

4.3.1.C - b) - Les lésions oculaires

- hémorragies rétiniennes contemporaines d'un hématome sous-dural
- hémorragie de la chambre antérieure de l'oeil
- luxation du cristallin
- décollement uni ou bilatéral de la rétine.

4.3.1.C - c) - Les lésions otologiques

- rupture du tympan à la suite de coups portés sur la joue ou la nuque.
- nécrose et résorption du pavillon de l'oreille, aboutissant à une déformation en « oreille de boxeur ».

4.3.1.C - d) - Les lésions viscérales

- hémothorax, pneumothorax par contusion thoracique
- rupture de foie, de rate, déchirure mésentérique
- lacération du pancréas, contusion rénale
- hématomes intra-muraux de la paroi du duodénum par écrasement de l'iléon sur la colonne vertébrale après des coups violents portés sur l'abdomen.

Toutes ces lésions peuvent évoluer à bas bruit et n'être révélées que par une symptomatologie aiguë, d'où leur fréquente gravité.

4.3.1.D - Le "syndrome du bébé secoué"

Il regroupe la notion d'hématome sous-dural consécutif à des secousses antéropostérieures, associé ou non à d'autres lésions traumatiques et présentant ou non au niveau de certaines articulations des os longs des arrachements métaphysaires et des décollements sous périostés. (3)

4.3.2. Symptômes témoins de carences, de négligences ou de cruauté mentale

Ils regroupent des troubles de l'état général, des retards de développement psychomoteur et des troubles du comportement, ils peuvent aussi s'associer à des lésions physiques.

4.3.2.A - Troubles de l'état général.

- Ceux signant la négligence parentale : saleté, excoriations variées, impétigo, dermite extensive du siège et du tronc.
- Ceux révélateurs d'un état de dénutrition : fonte du pannicule adipeux, insuffisance pondérale, anémie, rachitisme.

- Les hypotrophies staturo-pondérales non organiques :

Elles sont retrouvées chez des enfants de moins de 2 ans qui présentent une cassure de leur courbe poids-taille avec parfois un retard d'accroissement du périmètre crânien. Ces hypotrophies staturo-pondérales se situent souvent en dessous de la 3^{ème} déviation standard.

- Le nanisme d'origine psychosociale est un tableau clinique particulier regroupant les caractéristiques suivantes :

- enfant entre 2 et 10 ans
- conditions familiales pathologiques
- poids insuffisant par rapport à la taille
- troubles du comportement : potomanie, alimentation anarchique, colères violentes, graves troubles du sommeil. *

On a pu démontrer, chez certains de ces enfants, une perturbation du système régulateur de la croissance, avec défaut de sécrétion de somathormone et de somatoméline. Lorsque l'enfant est séparé de sa famille, on constate une disparition rapide de cette anomalie. (3) (43)

Remarque : un enfant maltraité tant physiquement que psychologiquement peut très bien être propre, bien tenu et en bon état général

4.3.2.B - Les retards psychomoteurs.

Enfant apathique, indifférent à toute stimulation, avec souvent hypotonie (retard dans la station assise, dans le redressement, dans la marche, dans la préhension et la manipulation des objets). A l'inverse, l'enfant peut être hypertonique avec membres inférieurs en hypertension et rapprochés. Presque toujours, on constate un retard des acquisitions sphinctériennes et du langage.

4.3.2.C - Les troubles du comportement.

4.3.2.C - a) - Chez le nourrisson

Puisque l'on établit que la maltraitance est une "pathologie du lien", il est alors normal de constater que l'enfant est interactif dans ce processus. Il faut toujours prendre le temps de regarder la relation mère-enfant (attitude dans la salle d'attente, déshabillage de l'enfant avant l'examen,...)

- **Les conduites d'évitement** caractérisent des nourrissons qui, parfois très précocement, évitent le contact "oeil à oeil" avec leurs parents. Ce comportement non gratifiant et parfois ressenti comme agressif par les parents, ne fait que renforcer les difficultés de contact parents-enfant.

- **La vigilance gelée** s'observe sur de jeunes nourrissons qui ont une maîtrise de leurs affects au point de contrôler leur motricité, leur babillage, leurs pleurs en fonction de l'état émotionnel de leurs parents. Ils ont, en effet, expérimenté que ces manifestations déclenchaient de leur part des violences verbales ou physiques. Ils se présentent figés, lovés dans un coin de la pièce ou du lit, seul le regard est mobile et surveille l'approche de l'adulte, devant qui ils se raidissent. Ces comportements aboutissent dès la deuxième, troisième année à des enfants totalement apathique, inhibés, incapables de nouer une relation de confiance.

- **L'attachement sans discrimination**, c'est souvent une attitude trompeuse. En effet, on se trouve devant un enfant facile, allant dans les bras de tous, mais incapable de nouer une relation suivie.

- Parfois le tableau de **dépression** prédomine, avec des tics de balancement plus ou moins continuels, une absence d'intérêt pour les jouets proposés ou pour les tentatives de stimulation.

- A un degré supplémentaire, le comportement de l'enfant peut évoquer un autisme avec perte des activités auto-érotiques et de tout contact.

- Enfin, d'autres nourrissons sont hyperkinétiques et agités.

Les troubles du sommeil, des conduites alimentaires (qu'il s'agisse d'anorexie ou de boulimie) ainsi que les troubles sphinctériens sont fréquemment retrouvés comme facteurs déclenchants de passage à l'acte agressif ou d'humiliation. (43)

4.3.2.C - b) - Chez l'enfant plus âgé

Les troubles du comportement peuvent se présenter sous deux aspects opposés :

- un état de grande inhibition ou de grande passivité.

- une agitation et une instabilité psychomotrice associées à une agressivité. Celle-ci peut s'exercer à l'égard d'autres enfants, mais aussi se retourner contre eux-mêmes, aboutissant à de véritables automutilations. Ces enfants semblent incapables de se protéger, de se construire des limites. Ils sont perpétuellement sujets aux accidents, leur comportement peut, à certains moments, paraître suicidaire.

4.3.2.C - c) - Cas particuliers

♦ Les abus sexuels.

Les signes cliniques de ce type d'abus peuvent soit :

- être évidents,
- découverts ou suspectés lors d'une consultation ou d'une hospitalisation dont ils n'étaient pas le motif. (43)

* Signes cliniques évocateurs :

- ♦ Lésions traumatiques des organes génitaux, :
plaies, ecchymoses, oedèmes, rupture du frein de la verge, fissurations anales ou ulcérations, anus béant ou tonicité anormalement faible du sphincter anal, traces de sperme séché.

- ♦ Maladies sexuellement transmissibles :
condylomes acuminés (ou crête de coq), trichomonas, gonococcie, SIDA, hépatite B, infections génitales à chlamydia, mycoplasme, virus de l'herpès. (33)

* Symptômes non spécifiques :

Mais qui doivent faire envisager l'éventualité d'un abus sexuel en raison du contexte dans lequel ils surviennent.

- ♦ Manifestations somatiques non spécifiques. :
- infections vaginales à répétition, à germes banals, prurit ou brûlures vulvaires, infections urinaires récidivantes.

- ♦ Manifestations psychosomatiques :
 - énurésie, encoprésie, constipation, anorexie, gêne à la déglutition, cauchemars, terreurs nocturnes d'apparition récente, douleurs abdominales, céphalées.
- ♦ Manifestations psychiatriques :
 - dépression avec parfois tentative de suicide, mutisme, repli, automutilations, excitation, labilité de l'humeur. (7) (34)

Ces trois types de symptômes sont parfois liés à la nature de l'acte sexuel infligé. Leur découverte initie généralement la révélation de l'abus. Tous ces signes prennent toute leur valeur lorsqu'ils surviennent sans prodromes ni causes particulières.

Beaucoup plus souvent il s'agit de troubles du comportement :

- changement récent et massif du comportement (pleurs, tristesse, disparition des conduites ludiques)
- désinvestissement scolaire brutal
- peur brutale et incontrôlable des hommes de femmes
- refus de rentrer à la maison
- refus d'aller se coucher, de se déshabiller pour la nuit
- préoccupations sexuelles excessives pour l'âge de l'enfant (agressions sexuelles sur des enfants du même âge ou plus petits, connaissance précoce de la sexualité, masturbation excessive et en public).
- rituels de lavage obsessionnels ou au contraire peur de la toilette des organes génitaux. (48)

♦ **Le syndrome de *Münchhausen* par procuration :**

Les parents peuvent être responsables d'une pathologie induite par l'administration volontaire de médicaments ou de toxiques, c'est la forme active. Ailleurs, ils ne font qu'alléguer des symptômes jamais constatés, c'est la forme passive. Dans l'un et l'autre cas, ils parviennent à induire de la part des médecins une escalade d'explorations médicales et/ou chirurgicales. (43)

♦ Le syndrome de *Münchhausen* par procuration est affirmé devant les quatre critères suivants :

- une pathologie induite ou alléguée par un des parents (le plus souvent la mère) ;
- un enfant amené par ce parent pour bilan et traitement ;
- la négation par celui-ci du caractère induit de la pathologie ;
- la disparition de tous les symptômes quand l'enfant est séparé et sans visite.

- ♦ Les symptômes les plus fréquemment évoqués sont les suivants :

En cas de syndrome *passif* :

- malaises, crises comitiales, troubles du tonus et de la conscience. Il peut s'agir aussi de diarrhées, d'hématuries, d'hématémèses ou de rectorragies.

En cas de syndrome *actif* :

- troubles métaboliques (hypoglycémie, hypernatrémie), troubles endocriniens (hirsutisme), tableaux infectieux ou toxiques, troubles neurologiques secondaires à des étouffements.

On parviendra au diagnostic en se procurant les bilans d'hospitalisations ou d'examens précédents, en effectuant des recherches de toxiques dans le sang et les urines.

En cas de saignements (hématurie, sang dans la couche par exemple), il est important d'identifier le sang trouvé (groupe et rhésus). On constate en effet que ce n'est pas celui de l'enfant. Enfin, la non-constatation des troubles évoqués ou leur disparition, pendant l'hospitalisation, viennent confirmer le diagnostic. C'est, le plus souvent la mère qui est responsable de la pathologie dans un syndrome de **Münchhausen** par procuration. De formation médicale ou paramédicale, ou ayant souhaité faire un travail de soignant, il s'agit de femmes très présentes, bien disposées à l'égard du personnel. Il est d'ailleurs, pour ces raisons, souvent difficile de faire admettre au personnel, l'hypothèse que la mère soit responsable des troubles de l'enfant. Dans la pratique, il s'agit toujours de diagnostics tardifs. (43) (24)

♦ Les intoxications

C'est l'enfant forcé à boire pour faire rire de son comportement sous l'effet de l'alcool. C'est l'enfant "endormi" par la prise massive de tranquillisants pour obtenir le calme ou le sommeil.

4.3.3. Le Décès

Le décès d'un nourrisson ou d'un enfant est parfois l'occasion, soit par constatation directe soit par autopsie, de connaître une situation de maltraitance (sévices physiques, carences de soins, négligences coupables) ignorée jusque là et responsable de cette mort.

3 à 6 % de morts subites inexplicables du nourrisson se révèlent être, après autopsie, des morts secondaires à des mauvais traitements. (43)

EN CONCLUSION

La connaissance plus approfondie des situations de maltraitance et de leurs cortèges d'atteintes physiques et psychologiques a permis de déterminer des indices de suspicion qui vont aider à la démarche diagnostique :

- l'âge : habituellement moins de 3 ans
- l'état général indiquant une négligence habituelle
- l'attitude de l'enfant : trop soumis, trop affectueux avec l'étranger ou au contraire anormalement agité ou prostré
- les antécédents de l'enfant : récurrences multiples de traumatismes mal expliqués
- les conditions de l'examen : retardé, à distance du traumatisme
- l'attitude des parents vis-à-vis de l'enfant, agressivité, surprotection, indifférence
- l'histoire familiale, complexe, déjà marquée par des problèmes sociaux et/ou médicaux
- les données de l'interrogatoire : discordance des propos, incohérence des faits, invraisemblance des explications fournies
- le type de lésions : siège, nature, association, disparition des symptômes en milieu protégé
- l'hypotrophie staturo-pondérale et/ou le retard des acquisitions psychomotrices qui se corrigent de façon spectaculaire après séparation de l'environnement. (3) (9) (29) (36)

4.4. - OBLIGATIONS LÉGALES.

La découverte chez un enfant de ces signes cliniques souvent révélateurs de maltraitance, impose une prise en charge tant médicale que juridico-sociale de l'enfant et de sa famille.

4.4.1. La loi

L'article 434-1 du nouveau Code Pénal (entré en vigueur le 1^{er} mars 1994) oblige quiconque a connaissance de sévices ou de privations infligées à un mineur, d'en informer les autorités judiciaires ou administratives, mais en excepte les personnes astreintes au secret professionnel lorsqu'elles ont eu connaissance de ces faits au cours de l'exercice de leur profession. (16)

Par le jeu combiné des articles 434-63 et 226-14 la levée du secret professionnel se fait lorsqu'il s'agit de révéler des faits de sévices et privations sur mineurs âgés de moins de 15 ans ou sur toute autre personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

Il en est de même, avec l'accord de la victime, lorsqu'il s'agit de violences sexuelles.

Pour ces dernières, le nouveau Code Pénal les définit comme "toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise", qu'il s'agisse d'un viol ou d'autres agressions sexuelles (attentat à la pudeur de l'ancien Code Pénal).

La sanction en est aggravée lorsque ces agressions sont imposées à un enfant de moins de 15 ans et/ou lorsque l'adulte responsable de ces actes est un ascendant ou a autorité sur le mineur.(14) Est également sanctionnée toute atteinte sexuelle sans violence, contrainte, menace ni surprise et s'exerçant dans les deux conditions énumérées ci-dessus. (15)

L'article 434-1 précise aussi que les autorités qu'il est possible d'informer incluent désormais explicitement les autorités judiciaires. En outre, il est fait référence aux autorités administratives en général et non plus aux autorités administratives chargées des actions sanitaires et sociales. A ce propos, la législation récente avec la loi du 10 juillet 1989 (11), vient parachever un édifice complexe de textes concourant à la protection de l'enfance et contenu dans trois codes :

- Code de la Famille et de l'Aide Sociale
- Code Civil (et code de procédure civile)
- Code Pénal (et code de procédure pénale)

Cette loi affirme la responsabilité de l'A.S.E. en matière de prévention et de protection des mineurs victimes de mauvais traitements, son intervention devant s'exercer en liaison avec le service départemental de P.M.I., le service d'action sociale ainsi qu'avec les autres services compétents.

Elle réinstaura l'obligation du signalement judiciaire, fondée non seulement sur la gravité du danger, mais aussi sur le refus par la famille de l'intervention du service de L'A.S.E.

Elle fait obligation au président du Conseil Général de mettre en place au niveau départemental un dispositif permettant de recueillir en permanence des informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, ainsi que d'informer les professionnels qui lui ont communiqué ces informations de la suite qui leur a été donnée.

Elle crée un Service National d'Accueil Téléphonique gratuit, le S.N.A.T.E.M (Numéro vert : 05-05-41-41). (45)

D'autre part, longtemps partagés entre le respect du serment d'Hippocrate ("*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 celui de la loi, les médecins voient maintenant leur rôle mieux défini, d'une part par cette clarification de la législation et d'autre part par l'article 45 du Code de Déontologie Médicale.

Ce dernier les engage à protéger l'enfant maltraité et à alerter les autorités compétentes.

4.4.2. L'évaluation - le signalement

4.4.2.A - Le rôle du médecin

Nanti de la connaissance de cet ensemble de dispositions légales, le médecin de famille a cinq possibilités d'action lorsqu'il est confronté à une situation de maltraitance.

- avertir son collègue médecin de P.M.I. ou l'A.S. de secteur
- hospitaliser l'enfant si l'urgence de la situation l'impose
- contacter le n° vert national (05-05-41-41)
- prévenir le Procureur de la République, - prévenir la gendarmerie (ou la brigade des mineurs) en cas de danger imminent ou de grosses difficultés liées à l'entourage.

Son choix sera orienté en fonction de l'urgence, du degré de certitude, du contexte familial.

4.4.2.B - L'évaluation

Elle a pour but d'analyser la notion de danger encouru par l'enfant et le type de prise en charge qui semble devoir se mettre en place.

Elle repose sur une analyse transdisciplinaire et donc sur une concertation avec les différents partenaires ayant eu à connaître ou s'occuper de l'enfant (crèche, école, médecin, P.M.I., hôpital...). Ces derniers s'attacheront à analyser la personnalité des parents, leurs antécédents, la personnalité de l'enfant et les interactions réciproques. (9) (30) (Tableau VIII).

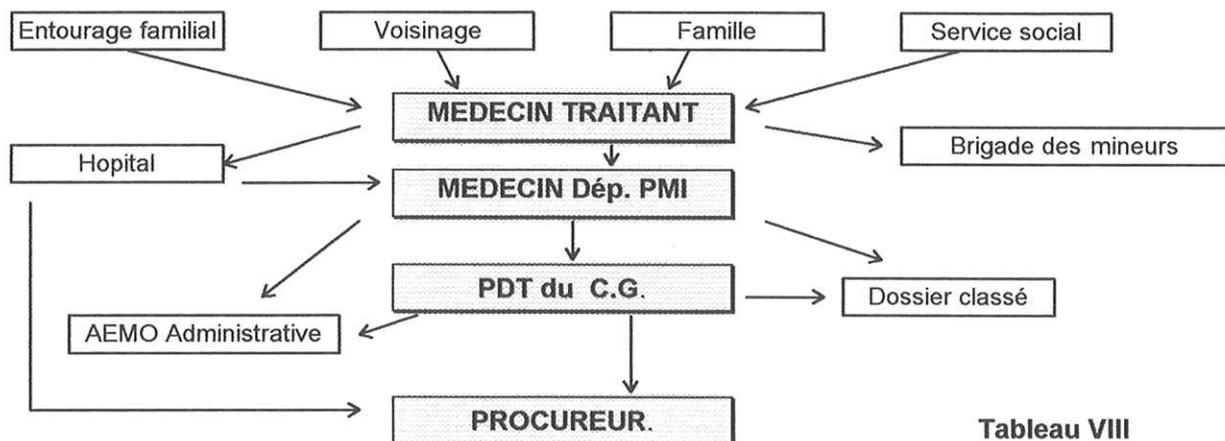


Tableau VIII

4.4.2.C - Le signalement

C'est la conséquence directe de l'évaluation. Il sera fonction des ressources locales et des aptitudes de mobilisation familiale. Lorsque la famille n'est connue d'aucune structure médico-sociale et que le diagnostic a été posé par l'hôpital, c'est au médecin hospitalier, conjointement avec l'assistante sociale, le psychologue ou le pédopsychiatre à effectuer ce signalement, qu'il soit administratif ou judiciaire. Mais

la circonscription d'action sociale doit toujours en être informée, lorsqu'il s 'agit d'un signalement judiciaire.

Lorsque la famille est déjà connue de la circonscription, la décision de maintenir la prise en charge médico-sociale ou de signaler la situation aux autorités judiciaires doit être prise après concertation entre l'hôpital et la circonscription. Ce pourra être alors à la circonscription d'effectuer ce signalement. Dans les situations qui restent peu claires, où le doute ne peut être levé entre accident et mauvais traitements, l'hôpital ou le médecin ayant des soupçons, doivent se donner les moyens de revoir l'enfant à intervalles réguliers ou de s'assurer que ce suivi est effectué par le service de P.M.I. ou le médecin traitant.(46) (Tableaux IX et X).

Tableaux IX et X, schématisation des procédures de signalement en fonction du degré estimé de gravité

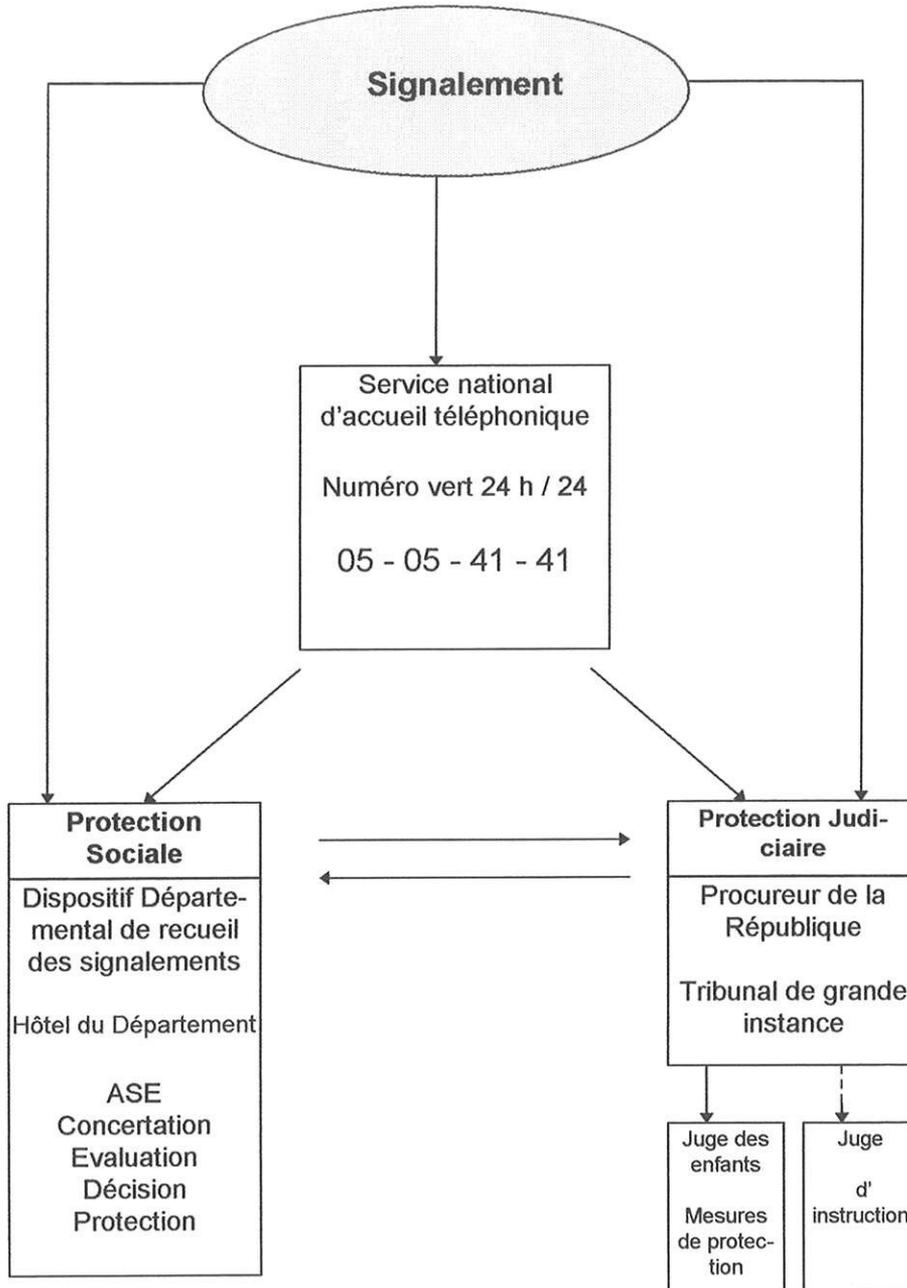


TABLEAU IX

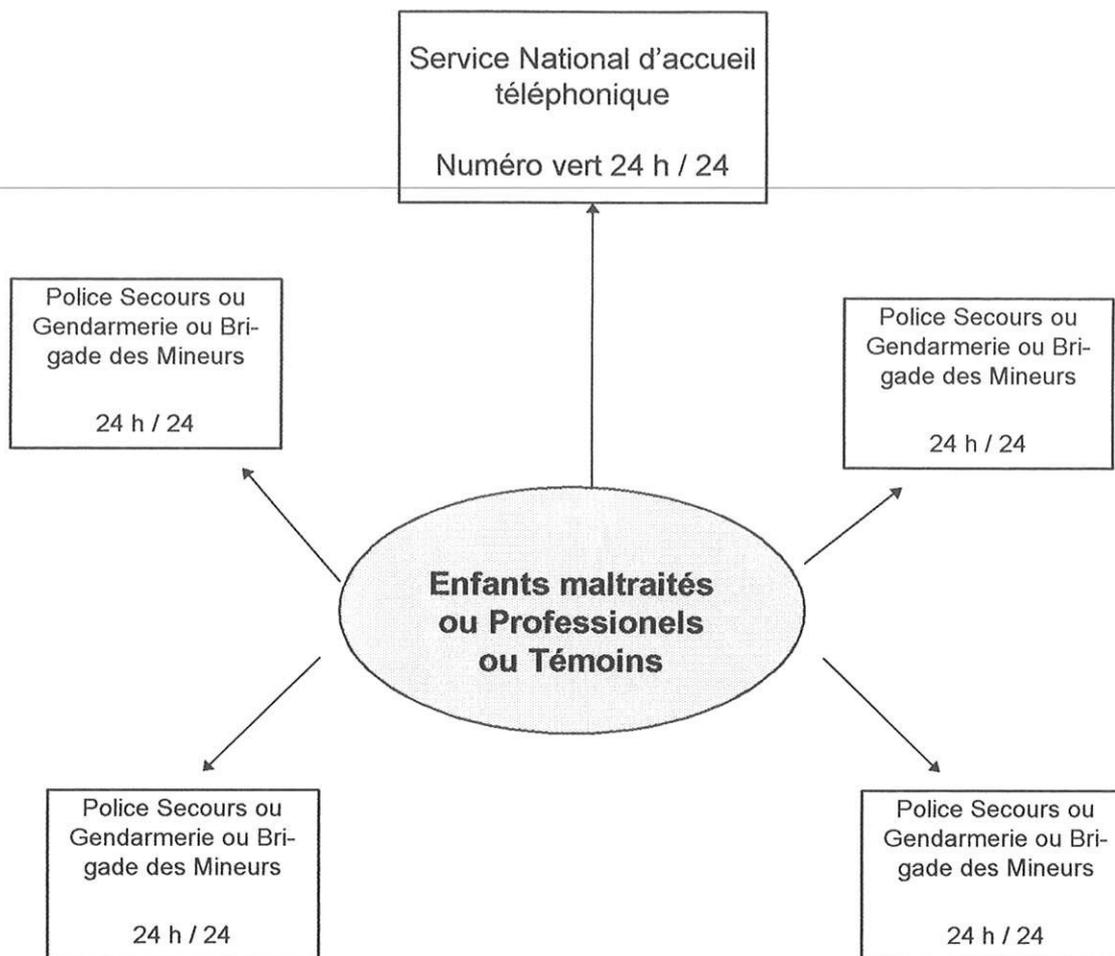


TABLEAU X

4.4.3. Prise en charge

Pour atteindre ses objectifs, le système de protection de l'enfance est organisé en deux secteurs : (45)

- protection administrative.
- protection judiciaire. (Tableaux VII et VIII)

4.4.3.A - Protection administrative

Elle peut-être sollicitée soit par :

- la cellule enfance en danger (n° vert national)
- le médecin traitant, l'hôpital
- l'inspecteur de l'A.S.E.
- l'A.S. de secteur
- le médecin de P.M.I. *

La protection administrative est mise en oeuvre par les Conseils Généraux avec l'aide du secteur associatif et des communes. La protection administrative de l'enfance est assurée par les services propres du Conseil Général (A.S.E., P.M.I., S.S.) et par ceux de l'État (services de promotion de la santé auprès des élèves, secteurs psychiatriques), enfin par les services et établissements du secteur associatif habilités par le Conseil Général pour ces missions. L'accord des personnes qui bénéficient de ces interventions est nécessaire. Ce type de protection repose sur la notion de risque, de danger en matière de santé, sécurité ou moralité. Elle permet de réaliser une enquête évaluative du risque dont les conclusions seront adressées par le médecin coordinateur départemental de la P.M.I. au président du Conseil Général (loi du 10/07/89). Celui-ci décidera des suites à donner au dossier.

4.4.3.B - Protection judiciaire

Elle peut être sollicitée par :

- le médecin traitant, l'hôpital
- les services administratifs assurant la protection de l'enfance
- la gendarmerie ou la brigade des mineurs

c'est le Procureur de la République (ou le Substitut chargé des mineurs) destinataire de tous les signalements.

La protection judiciaire, mise en oeuvre par l'Etat (tribunaux) est financée par les Conseils Généraux. Elle regroupe les interventions individualisées à partir d'une décision du Juge des Enfants. Ce type de protection repose sur la notion de danger ou de conditions d'éducation gravement compromises et vise à contrôler l'exercice de l'autorité parentale sans y porter atteinte, en apportant aide et accueil à la famille.

Les mesures de protection judiciaire prises par le Juge des Enfants peuvent être provisoires (6 mois) ou « sur le fond » (2 ans). Elles sont essentiellement de trois type.

- les mesures d'assistance éducative dans le milieu naturel de vie de l'enfant (Action Educative en Milieu Ouvert)
- les mesures éducatives dans le cadre d'un placement
- les mesures de tutelle des prestations et allocations familiales.

Cependant, les interventions au titre de la protection judiciaire sont la plupart du temps précédées d'une ou plusieurs interventions au titre de la protection administrative. L'évaluation de ces actions antérieures ne dispense pas le juge des enfants de faire mener des investigations (sociales, psychologiques, psychiatriques) en s'adressant aux services éducatifs du ministère de la Justice (protection judiciaire de la jeunesse) ou à un service associatif habilité.

Parallèlement à l'action entreprise par le Juge des Enfants, le ou les parents responsables de mauvais traitements peuvent avoir à répondre de leurs actes devant une juridiction civile et/ou pénale :

- déchéance ou retrait partiel de l'autorité parentale (procédure civile)
- emprisonnement, amende (procédure pénale)

La réponse pénale constitue un ultime recours pour protéger les enfants en pénalisant les auteurs de violences.

4.4.3.C - Le rôle des associations

Aux côtés de l'Etat et du Conseil Général, le troisième partenaire de la protection de l'enfance est le réseau associatif habilité (Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescent par exemple). Il assume une partie de la mission de service public via un agrément de l'Etat et/ou du Conseil Général. Le secteur associatif est financé par le Conseil Général, plus rarement par l'Etat ou la Sécurité Sociale. Il joue un rôle non négligeable dans la définition des politiques sociales.

Partenaires du Conseil Général, les services et établissements du secteur associatif sont diversifiés et assurent plus des trois quarts des A.E.M.O. administratives ou judiciaires : ce sont les services d'action éducative en milieu ouvert, les maisons d'enfants à caractère social, les centres de formation professionnelle spécialisée, les équipes de prévention, les services de travailleuses familiales et d'aides ménagères.

MODALITÉ DE SIGNALEMENT D'UN ENFANTS VICTIME DE SÉVICES (22)

TABLEAU XI

SIGNALEMENT PAR VOIE ADMINISTRATIVE	SIGNALEMENT PAR VOIE JUDICIAIRE
<p><i>Pour évaluer une situation et prendre des mesures avec l'accord des parents</i></p> <p>QUI SIGNALE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - les témoins de faits ou de signes inquiétants, - travailleurs sociaux ou médicaux, - éducateurs, enseignants, - médecins, dentistes, - associations de protection de l'enfance... - etc. <p>A QUI ?</p> <p>Au Président du Conseil général ou à ses services, à l'hôtel du Département :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le dispositif départemental de recueil des signalements, - l'assistant (e)-chef du Service social, - le responsable du service de l'Aide sociale à l'enfance du département, - le médecin-chef de la P.M.I. du département, - etc. <p>COMMENT ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - de vive voix ou par téléphone, suivi de confirmation écrite. 	<p><i>Urgence ou nécessité de mesures autoritaires : grave danger encouru par l'enfant ou refus des parents de coopérer à une mesure administrative</i></p> <p>QUI SIGNALE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'enfant, - le père, la mère, le tuteur, la personne à qui l'enfant a été confié, - toute personne ayant constaté le danger pour l'enfant... - le Président du Conseil général par l'intermédiaire de ses services, - les services de police et de gendarmerie, dans le cadre d'enquêtes préliminaires. <p>A QUI ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - la Brigade des mineurs, - la police (ou la gendarmerie en zone rurale), - le procureur de la République au Tribunal de grande instance du département (permanence, 24 heures sur 24 par l'intermédiaire de Police-secours la nuit), - le juge des enfants (au Tribunal de grande instance). <p>COMMENT ?</p> <p>Par tout moyen :</p> <ul style="list-style-type: none"> - téléphone, - visite, suivie d'une confirmation écrite (envoi d'un rapport), - courrier,

TABLEAU XII

**SIGNALEMENT PAR
VOIE ADMINIS-
TRATIVE**

**EVALUATION
DU DANGER**

Observations dans le cadre de l'hospitalisation.
Enquête sociale.
Réunion de circonscription pour évaluer, à partir de l'enquête, les risques courus par l'enfant.
Rencontre avec l'Institution scolaire (enseignant, santé scolaire).
Liaison avec les services psychiatriques.

**LES MOYENS DE
PROTECTION**

Les services de Protection de l'enfance (P.M.I., ASE, Service social) assurent la protection sociale de l'enfant en danger :

- aides aux familles en difficulté,
- aides à domicile,
- aides financières,
- placement d'un ou plusieurs enfants,
- assistance éducative.

**SIGNALEMENT PAR
VOIE JUDICIAIRE**

**EVALUATION
DU DANGER**

1 - Evaluation en urgence par le Procureur qui peut prendre des mesures de sauvegarde immédiate,
2 - Evaluation en profondeur par le juge des enfants (enquête sociale, judiciaire, enquête de la Brigade des mineurs, expertise psychologique, etc.).

**MESURES JUDICIAI-
RES POSSIBLES**

1 - Tribunal pour enfant (procédure spécialisée) : le juge des enfants peut ordonner :

- une assistance éducative en milieu ouvert (placement, action éducative..., aspect essentiel de la protection judiciaire ;
- en cas de danger imminent, des mesures de sauvegarde de l'enfant (hospitalisation, placement, remise à un tiers, etc.).

2 - Tribunal de grande instance (procédure civile) pour déchéance de l'autorité parentale.

3 - Tribunal correctionnel ou Cour d'assises (procédures pénales) : poursuites pénales contre les auteurs de maltraitance.

5. - PREVENTION

5.1. - EVALUATION DES INDICATEURS DE RISQUES

5.1.1. Les clignotants d'alerte

Une situation de maltraitance ne se produit pas par hasard. Même si les circonstances de survenue sont inexplicables elle s'est créée progressivement, souvent bien des années avant la naissance de l'enfant.

Des « facteurs de risques » liés à la psychologie des parents et des adultes, à leurs conditions de vie, à leur histoire de vie sont isolés. Ces derniers ont constitué un terrain favorable au déclenchement d'une crise qui se traduit par des mauvais traitements à enfant. (32)

Progression bien relatée à travers le document vidéo du **Professeur S. Lebovici** « liens d'amour, liens de haine ». L'exiguïté du logement, les faibles revenus, le désintérêt de la mère pour l'enfant après l'accouchement, les difficultés d'alimentation du bébé ne sont pas en eux même une justification de la maltraitance, mais réunis, ils constituent un véritable « bouillon de culture » responsable de passages à l'acte, dépassants souvent la volonté profonde du parent maltraitant. Le repérage de ces éléments constitue ce que **M. Soulé** appelle « les clignotants d'alerte », cherchés à travers cinq périodes de la vie de la mère et de l'enfant. (41)

5.1.1.A - Période prénatale

- Antécédents obstétricaux, avortements spontanés ou provoqués.
- Antécédents psychiatriques (tentative de suicide, drogue, alcoolisme, etc.). (47)
- Handicap physique.
- Antécédents personnels (familles dissociées, placements à l'A.S.E.).
- Situation actuelle de la mère : femme isolée célibataire ou en instance de divorce ou en rupture avec ses parents.
- Age de la mère (très jeune fille ou femme de plus de 40 ans).
- Pas de domicile fixe ou hôtel ou mauvaises conditions de logement.
- Déclaration tardive de grossesse.
- Grossesses antérieures non suivies.
- Conditions de vie avec fatigue excessive (travail, trajet, etc.).

- Antécédents de recueils temporaires (R.T.) ou autres placements pour d'autres enfants.
- Aucun projet d'avenir pour l'enfant à naître ni pour son mode de garde.
- Pas de couverture sociale.
- Demande d'I.V.G. non réalisée, soit du fait de la femme, soit du fait des médecins ou de difficultés pratiques.

5.1.1.B - Séjour en maternité

- Recherche et prise en compte des « clignotants » de la période prénatale.
- Accouchements prématurés et « couveuse ».
- Enfants handicapés.
- Accouchement mal vécu.
- Mauvaises relations d'emblée avec l'enfant, (indifférence, hostilité).
- Dépression et psychose puerpérale.
- Découverte d'éléments sociaux familiaux à risque (pas de domicile fixe, chômage, etc.).
- Premier accouchement en France d'une femme récemment immigrée et isolée.
- Pas de visite, pas de fleurs.
- Non-préparation de la venue de l'enfant (layette, garde, etc.).
- Accouchement sous X ou incertitude touchant à la reconnaissance légale de l'enfant.
- Sortie prématurée de maternité contre avis médical.
- Prolongement de séjour en maternité pour raisons sociales.
- Mère ne supportant pas les pleurs de son enfant.
- Refus du sexe de l'enfant.
- Refus de donner un prénom.

5.1.1.C - Retour à la maison

- Reprise en compte des indicateurs de risque des périodes précédentes.
- Femmes déprimées.
- Femme délaissée depuis la naissance de son enfant.
- Soins anarchiques à l'enfant.

- Enfant en mauvais état (troubles alimentaires, troubles du sommeil).
- Hébergement en maison maternelle.
- Demande de placement de l'enfant (recueil temporaire ou pouponnière).
- Demande de secours (allocation mensuelle au Centre Communal d'Action Sociale).
- Désintérêt pour un enfant en service de néonatalogie.
- Fratrie mal soignée ou multipliée.

5.1.1.D - Fin de congé de maternité

- Demande de garde tardive, en urgence ou de dépannage.
- Demande de placement « recueil temporaire ».
- Demande de garde à plein temps avec secours en argent accompagnant un refus de placement.
- Instabilité de placement.
- Demande de secours pour garde.
- Maladies à répétition de l'enfant.
- Prise régulière de calmants.
- Refus de présentation du carnet de santé.
- Conflits entre parents et nourrices ou crèches.

5.1.1.E - Hospitalisation de l'enfant

- Hospitalisation prolongée.
- Hospitalisations répétées dans des services différents d'ou importance de la tenue et de la présentation du carnet de santé).
- Hypotrophie.
- Rachitisme.
- Rhino-pharyngites à répétition.
- Toxicoses.
- Troubles fonctionnels graves.
- Trace de mauvais traitements actuels ou passés.
- Négligences graves dans les soins.
- Demande d'un placement sanitaire ou social.

- Absence de visites.
- Difficultés administratives (pas de Sécurité sociale ou dossier incomplet).

5.1.2. Les conditions de risque

D'une manière plus générale, la psychiatrie, la sociologie et la psychosociologie ont permis de préciser certains fondements de la violence exercée sur les enfants. Ainsi : (49)

La psychiatrie a particulièrement étudié la personnalité de l'adulte « maltraitant » : à partir de son histoire familiale, des événements de sa vie (séances dans l'enfance), de sa psychopathologie, de son niveau d'intelligence... Sachant que maladies mentales, alcoolisme, toxicomanie sont des facteurs de risques à prendre en compte même s'ils ne sont pas à cent pour cent les causes réelles de la maltraitance.

La sociologie a montré quant à elle l'importance des facteurs environnementaux en soulignant les effets du stress socio-économique et culturel sur les familles, rendues vulnérables par le manque d'éducation ou de formation professionnelle, la menace sur l'emploi ou le logement, les ressources insuffisantes, la monoparentalité...

La psychosociologie s'est attachée aux facteurs d'isolement, aux modifications de la structure familiale, à l'évolution de l'éducation familiale, à l'élévation des seuils de tolérance à la violence, au rôle des médias comme image d'identification...

Tous ces éléments recueillis ont permis de distinguer des enfants à risque, des familles à risque, des périodes à risque.(18) (32) (49)

5.1.2.A - Les enfants à risque

*** *Enfant qui a une place particulière dans la famille***

- adultérin.
- handicapé.
- enfant d'une première union.
- enfant de remplacement après un deuil.
- jumeau (le plus petit, celui qui présente le plus de difficultés).
- enfant adopté.

*** *Enfant difficile***

- prématuré.
- hospitalisé dès la naissance avec séparation d'avec la mère.
- placement chez une assistante maternelle, dans des collectivités.
- enfant qui ne répond pas à l'attente des parents.

- enfant devenu rare, précieux avec la contraception.
- enfant très attendu devenant un « enfant imaginaire ».

Lorsque ces problèmes se retrouvent dans des familles « favorisées », ils sont plus difficiles à traiter que chez des « cas sociaux ».

** Enfant qui rentre en compétition avec d'autres désirs, d'autres projets personnels*

exemples :voiture, logement, loisirs... L'enfant est dérangeant, il devient un fardeau.

5.1.2.B - Familles à risque

Les mauvais traitements surviennent dans tous les milieux sociaux. Mais on peut retrouver plus fréquemment :

- des mères jeunes, isolées, enfant « fait » par accident, pour toucher l'A.P.I, pour garder un ami.
- couples boiteux, qui font un « enfant réparateur ».
- sectes.
- jeunes sans travail.
- immaturité affective.
- alcoolisme.
- concubinages successifs.
- familles multipliant les grossesses pour survivre des prestations sociales.

A l'opposé, on trouve des familles apparemment normales dont l'insertion socio-économique est bonne et qui sont bien considérées par leur entourage. Là, peuvent exister des troubles du comportement parental, avec rigidité psychoaffective, perversité, obsession de l'ordre, de la propreté, exigences exorbitantes d'où carences affectives, punitions excessives, brimades, humiliations.

5.1.2.C - Périodes à risque

** période de vie difficile pour les parents :*

- deuil.
- séparation.
- maladie.
- dépression du post-partum.
- nouvelle grossesse, grossesse rapprochée.

- chômage.
- changement de domicile.
- problèmes matériels.

** Période où l'enfant est cause de stress*

- retour en famille après absence prolongée.
- bébé qui pleure toutes les nuits.
- apprentissage de la propreté.
- conflits entre parents, nourrices ou crèches.

5.1.3. Conclusion

C'est le cumul de ces risques, mais aussi leur combinaison interactive qui va augmenter la probabilité que s'installent les mauvais traitements.

Un risque isolé ne peut être pris en compte isolément sans le situer dans le contexte général de « cette famille là » et dans le système de soins et de protection auquel elle sera ou non susceptible d'accéder.

5.2. - LES DIFFERENTS AXES DE PREVENTION

Le suivi des enfants maltraités a permis de montrer que les retentissements sur le devenir psychoaffectif de ces enfants sont immenses et compromettent leur future vie d'adulte générant chez eux, parfois, des conduites violentes sur leurs propres enfants. D'autre part, le nombre important d'enfants maltraités en France, justifie, également les efforts déployés pour mieux connaître ces phénomènes et donner toute son importance à la notion de prévention.

Cette prévention peut se faire à trois niveaux, individualisés en prévention primaire, secondaire et tertiaire. (32) (47) (49)

5.2.1. Prévention primaire

Les mesures de prévention primaire s'adressent à la population tout entière.

Son premier objectif est la réduction de l'importance du problème par la réduction d'apparition des nouveaux cas.

5.2.1.A - Elle fait appel à des mesures générales :

- L'amélioration du logement
- L'amélioration des conditions de travail et de vie afin de réduire les situations de détresse familiale porteuses de maltraitance.

5.2.1.B - Plus spécifiques

Sont les mesures qui participent à la **protection maternelle et infantile** :*

- l'aide à domicile par les puéricultrices, les travailleuses familiales et les sages femmes ;
- un meilleur fonctionnement des établissements qui accueillent les femmes enceintes et les jeunes mères isolées ou en difficulté ;
- des aménagements dans la prise en charge des enfants à l'école maternelle.
- l'hospitalisation mère/nourrisson, mère/enfant ;

5.2.1.C - Les maternités

Où accouchent toutes les mères représentent un lieu privilégié pour la prévention primaire en favorisant, dès la naissance, l'établissement d'une relation affective positive entre les parents - spécialement la mère et le nouveau né. Elles sont aussi le lieu où s'observent les interactions dysharmonieuses mère-bébé et d'où peut se mettre en place un réseau de soutien.

Elles se doivent également de respecter la volonté d'une femme qui désire "accoucher sous X".

5.2.1.D - "Le médecin de famille"

Qu'il soit généraliste ou pédiatre, il peut (de part ses rencontres privilégiées avec la mère et l'enfant) participer à l'éducation sanitaire de la famille :

*Aide aux premiers soins.
Conseils diététiques.
Conseils d'hygiène de vie.
Sensibilisation aux besoins de l'enfant....*

Il peut participer au dépistage des situations à risque en portant :

- Une attention soutenue au premier examen pédiatrique.
- Observant attentivement l'interaction mère/bébé.
- Attention aux "mots" employés par la mère pour décrire son enfant ou une situation le mettant en scène.
- Attention à l'écoute du tout petit.

5.2.1.E - L'école

Son rôle est parfois prépondérant.

Elle peut être le confident privilégié de l'enfant ou bien, sera amené à détecter un comportement anormal chez un enfant. L'enfant peut aussi ouvertement lui demander une aide.

5.2.1.F - Les systèmes annexes :

Le SNATEM avec son dernier bilan a montré qu'il serait utile de mieux connaître l'image du Numéro Vert National chez les enfants et les adolescents afin de préciser, si nécessaire, les messages qui leur sont destinés. Les études épidémiologiques qu'il devra développer contribueront à une meilleure connaissance du phénomène, non seulement des mauvais traitements avérés mais aussi des principaux points de souffrance de l'enfant dans la société française contemporaine.

Les associations assurent pour la plupart :

- un accueil d'aide téléphonique.
- un anonymat.
- un accompagnement (psychologique, judiciaire...) des personnes, lorsqu'elles en font la demande.
- une information locale ou nationale, tant au niveau des enfants que des adultes.

En France, les plus connues sont :

- * Enfance et partage.
- * S.O.S. inceste.
- * Fédération des Comités Alexis Danan.
- * S.O.S. viol.
- * Parents anonymes.
- * S.O.S. violence en privé.
- * Centre des Buttes Chaumont. (22)

5.2.1.G - Cas particulier : les abus sexuels

La prévention primaire des abus sexuels passe par la combinaison de différentes actions :

5.2.1.G - a) - Information des enfants

Pour cela utilisation de programmes destinés aux enfants à qui l'on enseigne à faire respecter leur corps s'ils sont approchés par un agresseur potentiel.

"Mon corps c'est mon corps" film Canadien.

"Histoire d'en parler" film Français .

5.2.1.G - b) - Pédagogie

de l'opinion publique avec diffusion de films et d'un livret destiné aux familles : "les abus sexuels : comment leur en parler ?" Edition par les Conseils Généraux de livrets informant les parents sur l'enfance maltraitée, ainsi que des lois et les solutions apportées à ces problèmes. Ils indiquent aussi les démarches à effectuer lorsque l'on se trouve confronté à cette situation. (18) (19)

5.2.1.G - c) - Formation initiale et continue

de tous les professionnels en relation avec des enfants.

Les professionnels sont aussi des individus qui ont, comme les autres citoyens, une réaction personnelle, laquelle peut interférer négativement avec leurs pratiques professionnelles. Se trouve doublement posée la nécessité d'une formation initiale suffisante, d'une **formation** continue actualisant les connaissances et d'un **soutien technique** individuel.

5.2.1.G - d) - Sensibilisation du grand public.

Elle est le fait de la presse, de la radio, de la télévision.

Les émissions de grande audience engendrent un afflux momentané d'appels du public auprès des divers services d'accueil téléphonique. On constate alors que l'évocation publique des mauvais traitements subis par des enfants ouvre une possibilité d'expression pour des personnes victimes dans le présent ou le passé ou pour des personnes ayant connaissance de telles situations.

Le caractère secret des mauvais traitements implique une information répétée des adultes qui forment l'environnement social des enfants. La prévention des mauvais traitements infligés aux enfants passe aussi par cette action de sensibilisation poursuivie dans le temps, qui ne nécessite aucune violence pour atteindre une efficacité.

Le 23 septembre 1993, **Jean Marie Cavada** a choisi pour son émission "La Marche du siècle", "le viol" avec plus précisément : les conséquences du viol pour la victime, la prise en charge sociale du viol. Durant cette émission, le numéro de téléphone de l'association (numéro vert - appel gratuit) S.O.S. Viol a été communiqué.

L'enquête qui a suivi, et produite ci-après, confirme l'influence des médias dans ces situations.

(TABLEAU XIII)

	Viols extra-familiaux	Viols intra-familiaux
Appels de victimes Appels de l'entourage	70 % 30 % : 17 % Femmes 13 % Hommes	63,5 % 36,4 % : 33,7% Femmes 2,7 % Hommes
Appels pour des faits		
- actuels	23,5 %	18 %
- récents	28,4 %	22 %
- anciens	47 %	60 %
Age des victimes au moment des faits :	- mineures 46 % - majeures 54 %	- 15 % moins de 15 ans - 20 % de 15 à 20 ans - les autres appels concernent des viols anciens perpétrés sur des mineures.
Parlent pour la 1 ^{ère} fois	20 %	15 %
Ont porté plainte	46 %	17 %
Ont suivi une psychothérapie d'une durée de 2 à 25 ans		38 %
	- violeurs seul : 66 % - viols collectifs : 24 % - viols mineurs : 11,5 % - viols majeurs 88,5 % - violeur connu : 64,5 % - viol avec violence : 37 %	- père 34 % - beaux-pères 13 % - frères 16 % - grands-pères 12 % - oncles 12 % - cousins, beaux-frères 5 % - amis de la famille 8 %

Le 27 avril 1995, **Mireille Dumas**, dans l'émission "Bas les Masques", réitère la même expérience à partir de victimes qui, enfants, adolescents ou adolescentes avaient subi un ou des viols dont ils n'avaient pu parler ou, s'ils l'avaient fait n'avaient trouvé ni écoute ni aide dans leur entourage.

Le numéro vert de l'association S.O.S. Viol a été diffusé simultanément à ces témoignages.

Durant le mois suivant, il y a eu : 296 appels pour viols et agressions sexuelles. Ceci représente quatre fois plus d'appels qu'habituellement et montre l'ampleur de la demande lorsque le public est informé de l'existence de structures d'aide et d'accueil. Il semble également que lorsque des victimes témoignent publiquement, d'autres peuvent à leur tour, parler, se libérer.

Pour 20 jours d'écoute téléphonique :

* 296 appels : - 329 victimes.
- 390 agresseurs.

* 17 viols révélés par jour.

5.2.2. Prévention secondaire

Elle est plus directement du domaine médico-social. Elle exige la mise en route d'interventions précoces, avant même que la situation de danger encouru par l'enfant n'apparaisse patente.

Elle se base sur la recherche, l'observation et la prise en compte des situations de risques et doit commencer dès la période prénatale.

Elle reprend l'ensemble des indicateurs de risque énoncés précédemment.

Elle propose aux parents des aides médicales et paramédicales : consultations mensuelles avec le médecin généraliste (prise en charge par la C.P.A.M.), visites à domicile de puéricultrices.

Aides sociales : aides ménagères, travailleuses familiales.

Aides psychologiques : entretiens avec psychologues au sein du service de maternité.

L'hôpital est le lieu normal d'accueil pour tous les enfants dont les lésions ou l'état général nécessitent des soins particuliers. En outre, beaucoup de praticiens, de médecins de P.M.I. ou de travailleurs sociaux s'efforcent de faire hospitaliser certains enfants dont les lésions somatiques sont peu graves, dans le but de les soustraire provisoirement à un environnement dangereux et de procéder à une observation.

L'hôpital joue un rôle indispensable de diagnostic et traitement, mais il représente également une forme de retrait moins traumatisante pour la famille qu'un placement social imposé.

C'est un lieu plus neutre qui peut permettre de procéder aux enquêtes nécessaires, de susciter autour du cas une réunion pluridisciplinaire en associant à l'équipe hospitalière des intervenants extérieurs connaissant la famille, de mettre en place un projet.

Ce système a été appliqué au centre hospitalier de Nancy, où l'équipe médicale et para médicale s'est mobilisée pour agir de concert avec les travailleurs sociaux et judiciaires.

Cette étape de prévention, souligne le fait très important d'une nécessité pour les professionnels d'être avertis de tout ce qui, dans les antécédents des parents, dans les circonstances de la grossesse et dans certaines caractéristiques pro-

pres à l'enfant, peut constituer des éléments de vulnérabilité et favoriser la survenue de mauvais traitements.

Elle confirme toute la valeur que peut avoir la coopération entre médecin, autorité administrative, autorité judiciaire et associations.

5.2.3. Prévention tertiaire

Visé essentiellement à réduire les carences et les troubles avérés chez les parents comme chez l'enfant pour limiter les effets à plus long terme et plus particulièrement la répétition à la génération suivante.

Il s'agit ici essentiellement de soins psychologiques voire psychiatriques. Ils peuvent être assurés par :

- des éducateurs spécialisés, des éducateurs de jeunes enfants, des psychologues, des psychiatres au sein de l'A.S.E., de la P.M.I., de services privés habilités.
- les C.A.M.P.S. avec des thérapies mère/enfants.
- les C.M.P.P. avec des thérapies parents/enfants.

5.2.4. Conclusion

La mise en place de "programmes de prévention" pose cependant un certain nombre de problèmes éthiques et de choix dans ces actions préventives selon que le modèle social ou psychologique est retenu. Pour les uns, l'amélioration des conditions de vie des familles, la lutte contre la pauvreté et l'injustice sociale sont prioritaires. Plus que sur les effets, ce serait sur la misère sociale qu'il faudrait agir. En fait, le lien fréquemment observé entre misère sociale et mauvais traitements a plutôt favorisé l'identification de ces groupes à risque pour y faire porter l'effort, que les interventions plus générales pour diminuer la misère sociale.

Pour les autres, l'amélioration des conditions de vie des familles n'est pas suffisante pour réduire l'irruption de la violence, et la prise en compte de la dimension affective et psychologique est indispensable.

Il est évident que ces deux approches de la prévention ne sont pas exclusives l'une de l'autre, mais au contraire complémentaires à condition que l'on s'accorde sur un certain nombre de principes :

- donner à tous les parents l'occasion de reconnaître leurs compétences.
- ne pas stigmatiser un parent : aucun facteur de risque ou de vulnérabilité ne suffit à lui seul.
- éviter toute catégorisation ou étiquetage.
- valoriser les jeunes mères en développant leurs aptitudes et en évitant de les infantiliser ou au contraire de porter sur elles un jugement moral.
- permettre d'exprimer l'ambivalence des sentiments à l'égard des enfants

- ne pas s'intéresser exclusivement à la "fonction maternelle" mais reconnaître et soutenir la "femme" en elle : la revalorisation des jeunes mères commence par là.

- savoir que toute famille ayant une histoire psychosociale lourde, ne connaîtra pas obligatoirement des difficultés relationnelles violentes avec ses enfants.

- rester attentif aux carences graves ou aux dysfonctionnements relationnels, particulièrement dans les familles dites "normales", c'est-à-dire ayant une bonne insertion sociale qui les maintient loin des services sociaux.

- ne pas éliminer les pères et les beaux pères du repérage de la violence potentielle, ni des programmes de prévention ; développer des liens d'attachement fort entre les hommes et leurs enfants. (49)

C'est **Edvard Westermarck** (ethnologue et sociologue finlandais) qui, en 1981, avait émis l'hypothèse suivante : "l'attachement précoce père-enfant inhiberait la sexualité et réduirait l'inceste". Hypothèse reprise depuis une dizaine d'année et utilisée dans un but de prévention de l'inceste : le père sollicité dans des activités de change, de bain, d'acquisition de la propreté, se rapproche de son bébé dans des actes de tendresse, de sensualité, d'effluence sans que cela ne suscite en lui des désirs sexuels où le partenaire d'action serait son bébé. (8)

Néanmoins **David Finkelher** et **Linda Williams** chercheurs au Family research Laboratory de l'Université du New - Hampshire incitent à une grande prudence quant à l'utilisation des soins précoces pour une politique de prévention de l'inceste. (35)

Mais il reste que certaines familles "à risques" sont celles qui refusent toute aide psychologique ou sociale, qui échappent aux services de prévention et qui vivent en marge des circuits médico-sociaux. C'est chez elles que la prévention est, à la fois, la plus nécessaire et la plus difficile. (47)

5.3. - LA PRÉVENTION EN CREUSE

5.3.1. Généralités

Au sein du département, la prévention de la maltraitance des jeunes enfants s'articule autour de trois axes principaux :

- Les services sociaux départementaux.

P.M.I., A.S.E.

- Les services sociaux d'Etat

Santé scolaire, Service de pédopsychiatrie.

- La protection judiciaire

Substitut du Procureur de la République, Juge des Enfants.

- Le secteur associatif.

A.E.C.J.F., Comité Alexis Danan.

La coordination de l'activité de ces services est confiée au Président du Conseil Général depuis la loi du 10 Juillet 1989.

Nous avons rencontré les responsables de chacun de ces services et parfois même, suivi leur travail sur le terrain.

Il nous a semblé important de développer les rôles et les actions des associations dans le domaine de la maltraitance car, de plus en plus, elles viennent compléter le travail du secteur administratif et/ou judiciaire. Quant à la protection judiciaire, son rôle est fondamental pour la reconnaissance officielle de la maltraitance (surtout dans le cas des abus sexuels) et cela explique l'attention particulière que nous avons porté au travail du Substitut du Procureur et du Juge des Enfants.

5.3.2. Les Associations

5.3.2.A - L'A.E.C.J.F.

L'Association Educative Creusoise de la Jeunesse et de la Famille a fait suite en 1975, à l'Association du Service Social près le Tribunal pour Enfant créée, elle, en 1950.

Elle a deux buts principaux :

1° *Apporter son concours* au tribunal pour enfant en mettant à sa disposition un personnel qualifié pour réaliser des enquêtes ordonnées dans les procédures pénales et civiles concernant les mineurs.

2° *Assister l'autorité judiciaire de la Creuse* dans l'accomplissement de ses attributions relatives à la sauvegarde de l'enfance et à la protection de la famille.

5.3.2.B - Le Comité Alexis Danan

Créée en Creuse en 1993, cette association veut par son action "provoquer une attitude d'éveil et de vigilance sur tout ce qui touche l'enfant menacé où victime de mauvais traitements afin d'en réduire, ou si possible d'en empêcher les effets néfastes".

1° *Elle assure*

un accueil de toute personne réclamant une aide et ce, cinq jours par semaine, de 9 h à 18 h.

Une permanence téléphonique 24h/24h ; les appels sont le plus souvent anonymes, le fait d'adultes (plus que d'enfants ou d'adolescents) visant le plus souvent à un signalement d'enfant en danger. (voir document 1)

De plus en plus fréquemment, les appels sont des demandes de conseils face à une situation donnée (interrogations sur les actions de la justice, recherche d'avocats, de médecins...)

2° *Des membres actifs bénévoles assurent*

- la diffusion de livrets documentaires, d'affiches, de livrets de conseils à l'usage des enfants : "l'équipe des futés", "savoir dire non"... (voir document 2)
- une information à un public le plus large possible.

Ainsi depuis la rentrée scolaire 1995, les 190 écoles primaires du département se voient proposer la projection d'un film Canadien "Mon corps, c'est mon Corps".

Ce dernier traite en 45 minutes, de façon très progressive, sous forme de chansons, de sketches, de questions, des différents problèmes de maltraitance.

Il insiste bien sur le fait que l'enfant doit pouvoir dire "non" à tout ce qui le heurte physiquement et dans ses sentiments.

Il prévient aussi l'enfant en ce qui concerne les comportements ou les situations anormaux des personnes de son entourage.

Enfin, et surtout, il donne à l'enfant des "pistes" pour pouvoir s'échapper d'une situation de maltraitance.

- D'autre part,

- chaque médecin du département a été personnellement rencontré et renseigné sur les actions du Comité.
- les gendarmeries et commissariats ont été informés par voies d'affiches.

3° *Le signalement*

Lorsqu'un appel fait état d'un danger pour un enfant, un signalement, le plus détaillé possible est fait auprès de l'A.S.E. ou du Substitut du Procureur suivant l'urgence.

4° *La gestion des informations*

Ce comité participe au travail de recherche sur la maltraitance en France.

"Il émet des vœux et formule des propositions visant à l'amélioration de la législation et des institutions pour la défense des droits de l'enfant et la prévention des mauvais traitements"

RAPPORT D'ACTIVITE

ACTION D'INFORMATION

- Rencontres avec tous les responsables des Services départementaux.
- Remise d'affiches et de dépliants :
 - aux 260 Maires du département.
 - aux 240 Médecins, contactés directement par les bénévoles.
 - à la Direction Départementale des Postes, pour chacun des 80 bureaux des postes du département.
 - chez les commerçants, dans les Services Publics et les différents centres départementaux de la Croix Rouge.
 - 750 documents distribués par la M.A.E., et à tous les Enseignants (lettre à l'usage des enseignants et dépliant).

Au total 8 000 documents distribués dans tout le département

- Communiqués de Presse réguliers, et parution quotidienne du numéro de téléphone de l'Association en rubrique "MÉMENTO" des pages GUÉRET - AUBUSSON - LA SOUTERRAINE.
- Emissions à Radio FRANCE - CREUSE

ACTION DE FONCTIONNEMENT

- Ecoute téléphonique continue 24 H sur 24H.
- Permanence d'accueil, cinq jours par semaine de 8 H à 12 H et 14 H à 18 H, au bureau gracieusement prêté par la Mairie de GUÉRET.

INTERVENTIONS

Les nombreux signalements reçus - inceste, maltraitance physique ou morale, divorce des parents, etc. - font l'objet d'une action aussi rapide que possible auprès des organismes officiels : Procureur de la République, Assistante Sociale, Aide à l'Enfance, et, pour les appels des départements limitrophes, aux Comités Alexis Danan concernés.

L'EQUIPE DES FUTES

- Ne Suivez jamais un inconnu.
- Ne Parlez jamais à un inconnu.
- ◆ Ecartez-vous des inconnus.
- Apprenez à connaître votre nom, votre adresse, votre code postal et votre numéro de téléphone.
- Quand vous n'êtes pas avec vos parents, débrouillez-vous pour être avec une petite bande de copains.
- ◆ si quelqu'un vous ennuie et vous fait peur, filez vite le dire.
- Ne gardez pas pour vous les vilains secrets qu'on vous confie.
- Les enfants peuvent et quelques fois, doivent dire non à un adulte.
- ◆ N'allez jamais seul dans les toilettes publiques.
- Ne restez jamais seul trop longtemps dans une voiture en stationnement.
- Ne traversez jamais seul un parking.
- ◆ Téléphonnez toujours à la maison quand vous êtes en retard.
- Apprenez à vous servir d'un téléphone public.
- Les agents de Police sont vos amis, n'hésitez pas à aller les voir si vous avez besoin d'aide.

RETENEZ LES CONSEILS DE PRUDENCE DE VOTRE PETIT LIVRE LORSQUE VOUS ÊTES SEUL OU EN TRAIN DE JOUER AVEC VOS COPAINS ET BIENTÔT VOUS POURREZ FAIRE PARTIE DE « L'EQUIPE DES FUTES.

Amusez-vous bien et bon vent...

5.3.3. La Justice

5.3.3.A - Le Ministère Public

En Creuse, les affaires judiciaires concernant des mineurs en danger sont prises en charge par Madame le Substitut du Procureur. Sa compétence est à la fois civile et pénale.

5.3.3.A - a) - Attributions civiles

Elle est destinataire des signalements que lui adressent les services sociaux (Conseil Général, Inspection Académique...), les associations ou les particuliers.

Elle choisira de saisir le Juge des Enfants lorsque la situation révèle un danger actuel de l'enfant et l'impossibilité de travailler avec les parents pour faire cesser ce danger.

Elle prend alors "une requête aux fins d'assistance éducative" : (Voir document 3)

En cas d'urgence manifeste, elle peut, seule, prendre la décision de retirer l'enfant de son milieu de vie ; elle prend alors une ordonnance de placement en urgence et saisit alors le Juge des Enfants dans un délai de huit jours. (voir document 4).

ORDONNANCE AUX FINS DE PLACEMENT PROVISOIRE

NOUS, PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE,

Vu l'impossibilité matérielle de prendre attache sur le champ avec Madame le Juge des ENFANTS de GUERET

Vu les articles 375, 375-5 à 375-8 du Code Civil

Vu l'urgence,

Et attendu que la sécurité, la santé ou la moralité des enfants mineurs vivant au foyer se trouve gravement compromise :

Remettons la garde provisoire des mineurs :

dont la famille est domiciliée à :

au service Départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance de la

Disons que pendant la durée du placement, les prestations familiales auxquelles ouvrent droit les mineurs, seront versées directement par l'organisme débiteur au Service susvisé.

Et disons que conformément aux dispositions de l'article 375 -5 du Code Civil, le Magistrat compétent pour les affaires de mineurs sera saisi dans les huit jours de la présente ordonnance.

fait au Parquet de GUERET, le
LE PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

PARQUET
DU
TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE
DE
GUERET

N° _____

GUÉRET Le Procureur de la République près le Tribunal de Grande Instance de

Vu les articles 375 et suivants du Code civil,

Vu les pièces jointes :

Attendu que paraissent compromises la santé, la sécurité, la moralité et l'éducation des mineurs :

Requiert qu'il plait à M. le Juge des Enfants de prendre à leur égard des mesures de protection et d'assistance éducative.

GUÉRET, le _____ 19

Le Procureur de la République,

5.3.3.A - b) - Attributions pénales

Lorsqu'elle est avisée de faits délictueux importants, de son ressort, c'est elle qui dirige l'enquête en ordonnant ;

- enquête de police ou de gendarmerie.
- audition du ou des plaignants.
- audition de l'enfant (si pas de contre indications médicales).
- audition du ou des suspects.
- perquisitions.
- garde à vue.
- demandes d'expertises médicales.

Au vu des résultats obtenus, l'enquête peut être classée sans suite, ou donner lieu à l'ouverture d'une information (ce qui est le plus souvent le cas pour les agressions sexuelles).

Dans sa capacité à agir rapidement pour la protection d'un enfant en danger, le Substitut du Procureur justifie d'être saisi en premier chef pour chaque situation anormale.

D'autre part, parce qu'il défend les intérêts de la société de par ses attributions civiles et pénales, c'est de lui que dépend l'existence d'une véritable politique judiciaire en matière de lutte contre les mauvais traitements à enfants.

5.3.3.B - Le Juge des Enfants

La saisine du Juge des Enfants ne peut être effective que lorsque "la sécurité, la santé ou la moralité d'un mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises". (10)

Le Juge des Enfants n'intervient qu'en raison du danger et pour le faire cesser.

Les mesures qu'il peut décider à l'encontre de l'enfant et de sa famille ont été détaillées plus avant. Nous ne les reprendrons pas ici sauf pour signaler l'importance de leur existence dans la mesure où "l'acte de juger est avant tout un acte de nomination de la réalité". (6)

Réalité à partir de laquelle le Juge va travailler pour, certes assurer la protection de l'enfant, mais également signifier aux parents défaillants qu'ils doivent contribuer à faire cesser "le danger".

EN CONCLUSION :

Conscientes de la nécessité d'un travail pluridisciplinaire afin d'oeuvrer pour le bien être de l'enfant, les différentes structures départementales et associatives se sont vues proposer une "charte départementale de prévention de la maltraitance et de la protection des mineurs maltraités".

Sur le terrain, les commissions "enfance de circonscription" et les commissions "enfance en danger" ont été mises en place.

De même les assistantes maternelles sont sensibilisées à ce problème par des réunions de formation annuelles. Afin d'affiner leurs connaissances sur les "enfants en danger", chaque signalement à l'A.S.E. donnera lieu à un relevé de données générales qui seront communiquées à l'Odas en fin d'année 1996.

En parcourant ce questionnaire nous constatons qu'il permet une étude tant sociologique que clinique de la maltraitance.

Elle devrait permettre au département de mieux cerner ses besoins et donc d'adapter son système de protection.

Il reste qu'à travers nos entretiens, nous avons constaté chez l'ensemble des partenaires assurant la prise en charge de ces enfants et de leur famille, un désir d'amélioration des contacts entre services.

Un projet de protocole d'accord Justice-Conseil Général-Préfecture est en étude sur le modèle de celui signé dans l'Isère en 1994, dans le cadre de la mise en place du dispositif d'observation de l'enfance en danger.

Conclusions Générales

L'exposé que nous avons présenté dans les chapitres précédents nous a donné la possibilité de cerner la maltraitance dans sa globalité et d'évaluer la gravité de ses impacts physiques et psychologiques sur de jeunes enfants.

Dans l'approche de ces situations, les médecins ont identifié et regroupé un ensemble de signes cliniques et psychologiques, directs et indirects permettant une meilleure définition et un meilleur dépistage de la maltraitance.

Ils sont souvent parmi les premiers à pouvoir reconnaître des mauvais traitements à l'égard des mineurs grâce à leur travail d'observation clinique et à la confiance qu'ils savent inspirer à leurs patients.

Nous avons pu aussi montrer que la maltraitance est avant tout une "pathologie du lien" et qu'en cela, elle nécessite une prise charge pluridisciplinaire où le médecin doit pouvoir garder sa place dans le suivi de l'enfant. Il reste avant tout le garant de la santé de celui-ci.

D'autre part, il ressort de notre étude que chaque personne ayant en charge un enfant maltraité, doit pouvoir travailler en osmose avec chaque professionnel concerné. Ce qui n'est pas généralisé.

Cette étroite collaboration ne doit viser qu'à protéger et à aider un enfant. N'oublions pas que ce dernier a des droits, reconnus par une convention internationale, signée par la France en 1990.

Nous avons constaté le "vide statistique" qui existe en matière d'évaluation des situations de maltraitance, ce qui ne permet pas non plus d'augurer du devenir de ces enfants. Parce qu'elle est la deuxième cause de mortalité en France, la maltraitance des jeunes enfants justifie de la nécessité d'une épidémiologie descriptive et analytique.



" La manière dont une société traite ses enfants ne montre pas seulement qu'elle est capable de compassion et de protection humanitaire mais également qu'elle a un sens de la justice, est engagée vers l'avenir et désire améliorer la condition humaine pour les générations futures"

Javier Pérez de Cuéllar

BIBLIOGRAPHIE

- (1) **ALMERAS J.P.**
Le Concours Médical
19-02-1994 - 116-07, 473 à 556 : 546
- (2) **AUBERT J.P., JOS J.**
Le quotidien du médecin,
symptômes n° 56,
1989, 47 pages : 40
- (3) **AUBERT J.P., JOS J.**
Le quotidien du médecin,
symptômes n° 56 1989, 47 pages : 45 - 46
- (4) **BADINTER E.**
« L'amour en plus »
Champs Flammarion
1981 - 372 pages : 41 - 67
- (5) **BADINTER E.**
« L'amour en plus »
Champs Flammarion
1981 - 372 pages : 55 à 292
- (6) **BAUDOIN J.M.**
Le Juge des Enfants
Punir ou protéger
ESF - 1990 - 244 P : 199
- (7) **BENAYOUN S**
Impact Médecin
Les dossiers du praticien
n° 234 - 1994 - 14 pages : 6
- (8) **BOUCHARD CAMIL**
Sur le terrain
Enfant d'abord,
février 1996 n° 1998 - 15,
- (9) **CHAUMIEN A**
Pédiatrie pour le praticien, auteur A. Bourillon
Coll SIMER 1992, 576 pages : 109
- (10) **CODE CIVIL**
article 375 - 1

- (11) CODE DE LA FAMILLE ET DE L'AIDE SOCIALE
Loi n° 89 - 487 du 10 juillet 1989, article 66 à 72
- (12) CODE DE LA FAMILLE ET DE L'AIDE SOCIALE
Décret n° 56-149 du 24/01/1956, art. 66 à 72 (L n° 89-487 du 10 juillet 1989, J.O. du 14 juillet 1989)
- (13) CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Première partie - législative - loi 89 - 899
- (14) CODE PENAL
Chapitre II - section III, article 222-22, 222-24, 222-30, 222-29
Edition Dalloz - 1995 - 96, 2138 pages : 60 -62
- (15) CODE PENAL
Chapitre VII - section V, article 227-26
Edition Dalloz - 1995 - 96, 2138 pages : 107
- (16) CORDIER B, LEMOINE JM
La gazette médicale, tome 102 - n° 07, 1995 - 25 -27
- (17) COVA. A
Approche Historique du thème « Enfant - Violence - Société et Santé Maternelle et Infantile »
Congrès de psychopathologie - Chicago 1989
- (18) DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE DEPARTEMENTALE DE L'INDRE
Un enfant est en danger,
vous en avez connaissance,
A qui vous adresser ?
- (19) DIRECTION DE LA VIE SOCIALE CONSEIL GENERAL DE VAU-CLUSE
Enfance maltraité
Ensemble agissons - 1996
- (20) DUBOC G. ET DUBOC M
Aide Sociale à l'Enfance
Editions Techniques
Encyclopédie médicale et chirurgicale (Paris-France)
Pédiatrie, 4 - 127 - A-10, 1993, 4 P.
- (21) EZECHIEL (16,4)
Ancien Testament Bible
- (22) FONDATION POUR L'ENFANCE
« QUI ? QUOI ?, QUE FAIRE ? COMMENT ? pour les enfants mal-traités »

Mini-guide pour les médecins
PARIS - 1992, 35 pages : 22 - 23

- (23) GABEL
Observation de l'enfance en danger - LA LETTRE
Décembre 1995
- (24) HUDRYC, LEJONC JC
La revue du Praticien
Médecine générale
Tome 8 n° 253 - 1994 67 pages : 37
- (25) KOTEK. S
Histoire de la Médecine de la Pharmacie de l'art Dentaire et de l'art
Vétérinaire
Collection Albin Michel - Laffont/Tchou tome VII page 106 - 147
- (26) LA MALTRAITANCE DES ENFANTS
Guide pédagogique page 64 - 65
- (27) LENAERTS C, VAN POPERINGUE M
PAUTARD J.C, LEFEVRE, RISBOURG B, PIUSSAN Ch
La médecine Infantile
86 ème année, n° 6, 1979, p 743 - 744
- (28) LENAERTS C, VAN POPERINGUE M
PAUTARD J.C, LEFEVRE, RISBOURG B, PIUSSAN Ch
La médecine Infantile
86 ème année, n° 6, 1979, p 750
- (29) MANCIAU M, DESCHAMPS JP, TRITZ MT
« La santé de la mère et de l'enfant. Nouveaux concepts en pédiatrie
sociale »
Edition Flammarion Médecine Science p : 381
- (30) MIGNOT C
Pédiatrie
Universités Francophones, COORD Y., AUJARD, J. GAUDELUS, A.
BOURILLON,
Edition Ellipses 1989 - 640 pages : 584
- (31) MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE ET DE LA
VILLE
« Convention internationale des droits de l'enfant »
33 p : 13
- (32) MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PRO-
TECTION SOCIALE
Secrétariat d'Etat chargé de la famille

« La maltraitance des Enfants » guide pédagogique

- (33) MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE - Dossier Technique
« Les abus sexuels à l'égard des enfants - Comment en parler »
1988 - 109 pages : 54
- (34) NATHANSON M, DRUENNE M., BOURHIS G., GAUDELUS J.
La revue du praticien
Médecine générale tome 8 - n° : 267 - 1994
75 pages : 34
- (35) PETIT ALICE
Enfant d'abord, Février 1996 n° 198 - 12
- (36) PIUSSAN ch, RISBOURG B, LENAERTS C, BOUDAILLIEZ B, KRIMG, REGUET C.
La médecine Infantile, 86 année, n° 6, 1979, p 798
- (37) PERROT. M.
Quand l'enfant devient une personne
Médecine et Enfance Volume 6 n° 3 Mars 1986 pages. 90 - 139
- (38) PRASTEAU. J
Il était une fois... Des enfants dans l'histoire
Librairie Académique Perrin 1980 - 381 pages
- (39) PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
Titre 1^{er} du livre II
Chapitre V - section II
L 182 (L N° 89-899 du 18/12/1989)
- (40) SAINT SAUVEUR (de) C
Cahiers de Puériculture
Protection de la maternité et de l'enfance
MASSON - 1985 - 112 p : 4 -9
- (41) SOULE M, NOËL J.
La prévention médico-psychosociale
Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris : P.U.F.,
1985 : 493,
- (42) SPIESS. D.
Encyclopédie de la peinture.
- (43) STRAUSS P, MANCIAUX M.
L'enfant maltraité
Edition Fleurus psychopédagogie 1993 - 696 pages : 168 - 182

- (44) STRAUSS P, MANCIAUX M.
L'enfant maltraité
Edition Fleurus psychopédagogie 1993 - 696 pages : 27 - 139
-
- (45) STRAUSS P, MANCIAUX M.
L'enfant maltraité
Edition Fleurus psychopédagogie 1993 - 696 pages : 290 - 296
- (46) STRAUSS P, MANCIAUX M.
L'enfant maltraité
Edition Fleurus psychopédagogie 1993 - 696 pages : 342
- (47) STRAUSS P, MANCIAUX M.
Les enfants maltraités
Encyclopédie Médico Chirurgicale Paris France, pédiatrie 4 126 A¹⁰ 2
- 1986, 8p,6
- (48) STRAUSSP, MANCIAUX M.
L'enfant maltraité
Edition Fleurus psychopédagogie 1993 - 696 pages : 250 - 251
- (49) TRAVAIL COLLECTIF
P.M.I. Creuse
« La prévention de la maltraitance »
- (50) XV ème colloque du SYNDICAT NATIONAL DES MEDECINS DE
P.M.I. - Novembre 1989

TABLE DES MATIERES

1. - HISTORIQUE	12
1.1. - EVOLUTION DE L'ATTENTION PORTEE AUX ENFANTS A TRAVERS L'HISTOIRE DE L'HOMME.....	12
1.1.1. <i>De la Préhistoire au Moyen Age.....</i>	<i>12</i>
1.1.2. <i>Du Moyen Age au XVIII^{ème} siècle.....</i>	<i>13</i>
1.2. - APPARITION D'UNE NOTION DE DROIT DE L'ENFANT.....	18
1.2.1. <i>La Révolution Française</i>	<i>18</i>
1.2.2. <i>Le travail des enfants et les châtiments corporels.....</i>	<i>20</i>
1.2.3. <i>Notion de protection des enfants maltraités.....</i>	<i>20</i>
1.2.4. <i>La santé de l'enfant.....</i>	<i>22</i>
1.3. - INDIVIDUALISATION DU SYNDROME DE L'ENFANT MALTRAITE.....	24
1.3.1. <i>De 1929 à 1945.....</i>	<i>24</i>
1.3.2. <i>De 1945 à 1960.....</i>	<i>25</i>
1.3.3. <i>L'importance des années 1960 à 1970.....</i>	<i>27</i>
1.3.4. <i>Les années 1980.....</i>	<i>28</i>
1.3.5. <i>Les années 1990.....</i>	<i>30</i>
1.3.6. <i>Conclusion.....</i>	<i>32</i>
2. - CAS CLINIQUE	33
2.1. - PÉRIODE DU 4 JUIN 1983 AU 20 JUILLET 1983	33
2.1.1. <i>Prise en charge par le médecin traitant : le Docteur G.....</i>	<i>33</i>
2.1.2. <i>Prise en charge par le service des Urgences Accueil de Montluçon.....</i>	<i>34</i>
2.1.3. <i>Suivi au sein du service de Pédiatrie de Montluçon.....</i>	<i>34</i>
2.1.4. <i>Interventions des acteurs judiciaires et sociaux.....</i>	<i>35</i>
2.2. - PÉRIODE DU 21 JUILLET 1983 AU 4 MARS 1985.....	36
2.2.1. <i>Magalie, sa famille d'accueil et ses parents.....</i>	<i>36</i>
2.2.2. <i>Consultations et hospitalisations lors du suivi dans le Service de Pédiatrie de Montluçon.....</i>	<i>38</i>
2.2.3. <i>Suivi du médecin traitant.....</i>	<i>38</i>
2.2.4. <i>Aides apportées aux parents de Magalie.....</i>	<i>39</i>
2.3. PERIODE DU 5 MARS 1985 AU 9 MARS 1995	41
2.3.1. <i>Le travail de l'équipe de P.M.I.</i>	<i>41</i>
2.3.2. <i>Consultations au sein du service de pédiatrie de Montluçon.....</i>	<i>42</i>
2.3.3. <i>Evolution et devenir de Magalie.....</i>	<i>43</i>
3. - COMMENTAIRE : SUR L'OBSERVATION.....	46
3.1. - L'HISTOIRE DE MAGALIE	46
3.2. - L'HISTOIRE DU COUPLE.....	46
3.2.1. <i>Monsieur L.</i>	<i>46</i>
3.2.2. <i>Madame L.</i>	<i>47</i>
3.3. - LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA FAMILLE.....	48
3.4. - EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DANS CETTE SITUATION DE MAL- TRAITANCE	49
3.4.1. <i>Conditions de la grossesse.....</i>	<i>49</i>
3.4.2. <i>Facteurs propres à l'enfant.....</i>	<i>49</i>
3.4.3. <i>Facteurs liés à l'environnement socioculturel.....</i>	<i>50</i>
3.5. - DYNAMIQUE DE LA MALTRAITANCE	50
3.6. - EVOLUTION DES RELATIONS MERE/FILLE.....	50
4. - LA MALTRAITANCE : DISCUSSION	52
4.1. - LES DIFFICULTES DE DEFINITION.....	52
4.1.1. <i>Enfant victime de mauvais traitements.....</i>	<i>53</i>
4.1.2. <i>Enfant en danger.....</i>	<i>53</i>
4.1.3. <i>Enfant en souffrance.....</i>	<i>54</i>
4.2. - FREQUENCE.....	54

4.2.1. L'estimation des données.....	54
4.2.2. Les enfants en danger.....	55
4.2.3. L'intervention de la justice.....	57
4.2.4. Les classifications des cas de maltraitance.....	58
4.2.4.A - Nature de la maltraitance en France en 1993.....	58
4.2.4.B - Nature de la maltraitance en France en 1994.....	59
4.2.5. Les abus sexuels.....	59
4.2.5.A - Qui sont les victimes :.....	61
4.2.5.B - Quel est l'âge des victimes.....	61
4.2.5.C - Qui sont les agresseurs.....	62
4.2.6. Conclusion.....	62
4.3. - SIGNES CLINIQUES PERMETTANT D'APPREHENDER UNE SITUATION DE MAL- TRAITANCE.....	64
4.3.1. Lésions traumatiques.....	65
4.3.1.A - Les lésions tégumentaires.....	65
4.3.1.A - a) - Les ecchymoses et hématomes.....	65
4.3.1.A - b) - Les plaies.....	66
4.3.1.A - c) - L'alopécie.....	66
4.3.1.A - d) - Les brûlures.....	66
4.3.1.B - Les fractures.....	67
4.3.1.B - a) - Chez le nourrisson.....	67
4.3.1.B - b) - Chez l'enfant plus grand.....	67
4.3.1.B - c) - A tous les âges, sont retrouvées :.....	67
4.3.1.C - Autres lésions.....	68
4.3.1.C - a) - L'hématome sous dural :.....	68
4.3.1.C - b) - Les lésions oculaires.....	68
4.3.1.C - c) - Les lésions otologiques.....	68
4.3.1.C - d) - Les lésions viscérales.....	69
4.3.1.D - Le "syndrome du bébé secoué".....	69
4.3.2. Symptômes témoins de carences, de négligences ou de cruauté mentale.....	69
4.3.2.A - Troubles de l'état général.....	69
4.3.2.B - Les retards psychomoteurs.....	70
4.3.2.C - Les troubles du comportement.....	70
4.3.2.C - a) - Chez le nourrisson.....	70
4.3.2.C - b) - Chez l'enfant plus âgé.....	71
4.3.2.C - c) - Cas particuliers.....	71
4.3.3. Le Décès.....	73
4.4. - OBLIGATIONS LÉGALES.....	74
4.4.1. La loi.....	74
4.4.2. L'évaluation - le signalement.....	76
4.4.2.A - Le rôle du médecin.....	76
4.4.2.B - L'évaluation.....	76
4.4.2.C - Le signalement.....	76
4.4.3. Prise en charge.....	79
4.4.3.A - Protection administrative.....	79
4.4.3.B - Protection judiciaire.....	80
4.4.3.C - Le rôle des associations.....	81
5. - PREVENTION.....	84
5.1. - EVALUATION DES INDICATEURS DE RISQUES.....	84
5.1.1. Les clignotants d'alerte.....	84
5.1.1.A - Période prénatale.....	84
5.1.1.B - Séjour en maternité.....	85
5.1.1.C - Retour à la maison.....	85
5.1.1.D - Fin de congé de maternité.....	86
5.1.1.E - Hospitalisation de l'enfant.....	86
5.1.2. Les conditions de risque.....	87
5.1.2.A - Les enfants à risque.....	87
5.1.2.B - Familles à risque.....	88
5.1.2.C - Périodes à risque.....	88
5.1.3. Conclusion.....	89

5.2. - LES DIFFERENTS AXES DE PREVENTION.....	89
5.2.1. <i>Prévention primaire</i>	89
5.2.1.A - Elle fait appel à des mesures générales :	89
5.2.1.B - Plus spécifiques	90
5.2.1.C - Les maternités	90
5.2.1.D - "Le médecin de famille"	90
5.2.1.E - L'école	91
5.2.1.F - Les systèmes annexes :	91
5.2.1.G - Cas particulier : les abus sexuels.....	91
5.2.1.G - a) - Information des enfants	91
5.2.1.G - b) - Pédagogie.....	92
5.2.1.G - c) - Formation initiale et continue.....	92
5.2.1.G - d) - Sensibilisation du grand public.....	92
5.2.2. <i>Prévention secondaire</i>	94
5.2.3. <i>Prévention tertiaire</i>	95
5.2.4. <i>Conclusion</i>	95
5.3. - LA PRÉVENTION EN CREUSE	96
5.3.1. <i>Généralités</i>	96
5.3.2. <i>Les Associations</i>	97
5.3.2.A - L'A.E.C.J.F.....	97
5.3.2.B - Le Comité Alexis Danan.....	97
5.3.3. <i>La Justice</i>	101
5.3.3.A - Le Ministère Public	101
5.3.3.A - a) - Attributions civiles.....	101
5.3.3.A - b) - Attributions pénales	104
5.3.3.B - Le Juge des Enfants	104

ILLUSTRATIONS

Les orphelins de Stands lors de leur arrivée à Morat en 1798, 1878.

Albert Anker - Musée d'Art et d'Histoire, Neuchâtel.....	15
Le Jeune mendiant	
« Murillo - Musée du Louvre, Paris	18
Le Berceau, Berthe Morisot, 1872	
Musée d'Orsay, Paris	22
Arrêtés, décrets et lois de Novembre 1990 à Novembre 1992 (tableau I)	29
Arrêtés, décrets et lois de Novembre 1990 à Novembre 1992 (tableau II)	30
Taux de natalité et de mortalité de 1983 à 1990 (tableau III)	30
Les enfants en dangers (tableau IV)	54
Nombre d'enfants concernés en France de 1992 à 1994 (tableau V).....	55
L'intervention de la Justice en 1992 et 1994 (tableau VI)	56
Nature de la maltraitance en France en 1993 et 1994 (tableau VII) (figure 1)	57
Nature de la maltraitance en France en 1993 et 1994 (figure 2).....	58
Les abus sexuels	
Le type (figure 3).....	59
Qui sont les victimes (figure 4)	60
Quel est l'âge des victimes (figure 5).....	60
Arbre d'orientation	63
Evaluation d'une situation de maltraitance (tableau VIII)	75
Procédures de signalement (tableau IX).....	77
Procédures de signalement (tableau X).....	78
Quel mode de signalement (tableau XI)	81
Quel mode de signalement (tableau XII)	82
Enquête S.O.S. Viol septembre 1993 (tableau XIII)	92
Rapport d'activité du Comité	
Alexis Danan - Guéret (annexe 1)	99
L'équipe des Futés (annexe 2).....	100
Ordonnance aux fins de placement provisoire (annexe 3).....	102
Ordonnance de placement en urgence (annexe 4)	103

FICHE D'ABREVIATIONS

A.E.M.O.	Aide Éducative en Milieu Ouvert
A.F.I.R.E.M.	Association Française d'Information et de Recherche sur l'Enfance Maltraitée
A.S.	Assistante Sociale
A.S.E.	Aide Sociale à l'Enfance
C.A.M.S.P.	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
C.M.P.P.	Centre Médico-Psycho Pédagogique
C.P.A.M.	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
F.A.O.	Food Agriculture organisation
I.V.G.	Interruption Volontaire de Grossesse
M.S.A.	Mutualité Sociale Agricole
O.D.A.S.	Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée
O.M.S.	Organisation mondiale de la Santé
O.N.U.	Organisation des Nations Unis
P.M.I.	Protection Maternelle et Infantile
R.T.	Recueil Temporaire
R.O.T.	Réflexes Ostéotendineux
S.N.A.T.E.M.	Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraité
S.S.	Service Sociale
U.N.E.S.C.O.	United Nations Educational Scientific and Cultural organization
U.N.I.C.E.F.	United Nations International Children Emergency Fund

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 sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.



BON A IMPRIMER N° 14

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

NANDILLON (Florence, épouse GIRARD) — La maltraitance des jeunes enfants de zéro à six ans. Prévention et prise en charge (à propos d'un cas). — 117 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1996).

RESUME :

L'auteur dresse un tableau global de la maltraitance des enfants de zéro à six ans. Le propos est illustré par un cas clinique suivi sur douze ans.

L'auteur analyse également tous les critères et les causes de la maltraitance.

Cette thèse se propose d'exposer divers éléments et axes de prévention.

MOTS-CLES :

- Maltraitance.
 - Enfant maltraité de 0 à 6 ans.
 - Médecin traitant.
 - Sévices.
 - Médecine légale.
 - Prévention.
 - Juge des enfants.
 - Aide Sociale à l'Enfance.
-

JURY : Président
Juges

: Monsieur le Professeur L. DE LUMLEY-WOODYEAR.
: Monsieur le Professeur R. GAROUX.
Monsieur le Professeur D. MOULIES.
Monsieur le Professeur C. PIVA.
